

Universidade Aberta do SUS – UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 6



**Qualificação das ações de atenção à saúde bucal do idoso no 4º distrito
de Canguçu, RS**

Tamara Corte

Pelotas, RS

2015

Tamara Corte

Qualificação das Ações de Atenção à Saúde Bucal do Idoso no 4º Distrito de Canguçu, RS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família Modalidade EAD Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Patrocínio Pires Cecílio

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

C827q Corte, Tamara

Qualificação das Ações de Atenção à Saúde Bucal do Idoso no 4º Distrito de Canguçu, RS / Tamara Corte; Lenise Patrocínio Pires Cecilio, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

77 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da família (EaD) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde do Idoso 4. Assistência Domiciliar 5. Saúde Bucal I. Cecilio, Lenise Patrocínio P., orient. II. Título

CDD 362.14

Tamara Corte

Qualificação das ações de atenção à saúde bucal do idoso no 4º distrito de Canguçu, RS

Monografia aprovada em __/__/__, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Prof^a Lenise Patrocinio Pires Cecilio
Orientadora

Prof^a
Banca 1

Prof^a
Banca 2

Dedico este trabalho a meus familiares, minha equipe de trabalho e meu namorado Lucas pelo amor, carinho, paciência e companheirismo.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela vida que me concedeu e por minhas conquistas;
A minha família pelo apoio, carinho e que mesmo longe se faz presente;
A minha equipe pela dedicação, trabalho e companheirismo;
A querida Joelza, pela amizade construída e que será eterna;
A minha orientadora Lenise Cecilio por toda ajuda, compreensão e ensinamentos durante este processo de aprendizagem.

“O sorriso enriquece os recebedores sem empobrecer os doadores.”
(Mário Quintana)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de localização do município de Canguçu- RS	12
Figura 2: Quadro da estimativa de distribuição por sexo e faixa etária da população da área adstrita do 4º Distrito de Canguçu, RS, 2014..	19
Figura 3: Quadro do cronograma das atividades da intervenção.	44
Figura 4: Foto de reunião de grupo de idosos e portadores de HAS e/ou DM realizada no dia 06/11/14. Tema da palestra: Alzheimer. Realizada na comunidade do Passo do Lourenço do 4º Distrito de Canguçu, RS	48
Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura de acompanhamento de Idosos nas unidades de atendimento do 4º Distrito de Canguçu- RS, Agosto a Novembro de 201 Gráfico indicativo da cobertura do acompanhamento odontológico de Idosos nas unidades de atendimento do 4º Distrito de Canguçu – RS, de Agosto a Novembro de 20144	50
Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de idosos participantes das atividades coletivas de educação em saúde nas unidades de atendimento no 4º Distrito de Canguçu, RS, agosto a novembro de 2014..	51
Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de idosos que tiveram tratamento odontológico concluído de Agosto a Novembro de 2014 no 4º Distrito de Canguçu- RS..	52
Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada aos idosos que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram às mesmas, de Agosto a Novembro de 2014, nas unidades de atendimento do 4º Distrito de Canguçu- RS. ...	55
Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa de Agosto a Novembro de 2014, nas unidades de atendimento do 4º Distrito de Canguçu- RS	55

Sumário

1	Análise situacional	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde).....	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	29
2	Análise estratégica – Projeto de Intervenção	30
2.1	Justificativa	30
2.2	Objetivos e metas	31
2.2.1	Objetivo geral	31
2.2.2	Objetivos específicos.....	31
2.2.3	Metas.....	31
2.3	Metodologia	33
2.3.1	Ações	33
2.3.2	Indicadores	35
2.3.3	Logística	40
2.3.4	Cronograma.....	44
3	Relatório da intervenção.....	45
3.1	Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades	45
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	48
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	48
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
4	Avaliação da intervenção.....	49
4.1	Resultados.....	49
4.2	Discussão	58
4.3	Relatório da intervenção para os gestores	60
4.4	Relatório da intervenção para a comunidade	62
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	65
6	Bibliografia básica.....	67
	Anexos	70

RESUMO

CORTE, Tamara. **Qualificação das Ações de Atenção à Saúde Bucal do Idoso no 4º Distrito de Canguçu, RS.** 2015. 77f: il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A melhoria das ações de atenção à saúde bucal do idoso é fundamental para manter a qualidade de vida na terceira idade, detectando precocemente os problemas mais comuns relacionados a esta faixa etária e evitando possíveis agravos de problemas já existentes, proporcionando melhor qualidade em sua saúde bucal e também sistêmica. Uma abordagem qualificada e humanizada nesta faixa etária é essencial para diminuir os índices das doenças bucais mais frequentes e também para tratá-las precocemente. Este trabalho teve como objetivo melhorar as ações de atenção à saúde bucal do idoso no 4º distrito de Canguçu, RS. É o relato de uma intervenção de 12 semanas em uma população de 80 idosos pertencentes à área de abrangência e que integraram no programa, equivalendo-se a 14,60% da população idosa total da área. Com ações desenvolvidas em quatro eixos de trabalho: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação das ações, qualificação da prática clínica e engajamento público, havendo, durante o período, avaliação das ações e incorporação das mesmas na rotina das unidades de atendimento. Como principal resultado observou-se um aumento na cobertura do programa, sendo concluído 77,2% dos casos que necessitavam de procedimento odontológico, além da incorporação de atividades educativas coletivas, trabalhando com promoção de saúde para várias linhas de cuidado da atenção primária. A qualificação do programa também resultou em melhorias nas ações programáticas de uma forma geral, também permitiu uma melhor organização dos registros da unidade e a distribuição das cadernetas de saúde da pessoa idosa. Desta forma a intervenção trouxe vários benefícios para a comunidade como melhora nos atendimentos, qualificação dos profissionais, atividades educativas realizadas, trazendo um melhor acolhimento para com os idosos nas unidades, além de um atendimento mais humanizado e integral, resultando num melhor cuidado à esta população, quebrando barreiras ainda existentes e refletindo em sua família e toda a comunidade.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Está constituído pelo relato da realização de uma intervenção voltada para a qualificação das ações de atenção à saúde bucal do idoso no 4º distrito de Canguçu, RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, realizada por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados dessa intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde).

O município de Canguçu possui uma população de 53.390 habitantes, segundo o censo de 2012, e é também considerado o município com o maior número de minifúndios do Brasil, possuindo cerca de 14 mil propriedades rurais. Então, ao contrário da maioria das cidades, a população deste município concentra sua maior parte na área rural. Canguçu possui apenas 4 Estratégias de Saúde da Família implantadas e conta com 17 UBS tradicionais distribuídas pelo interior e mais 5 locais onde o atendimento é realizado em Unidade Móvel de Saúde.



Figura 1: Mapa de localização do município de Canguçu- RS

O município dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas que vem realizando um ótimo trabalho. Conta com atenção especializada que realiza os

atendimentos no centro da cidade e também com serviços hospitalares, atendimentos na UPA e pronto socorro. Possui também acesso a exames complementares, como radiografias periapicais e panorâmicas, embora que muitas vezes a falta de qualidade das lâminas radiográficas impossibilite um diagnóstico adequado. Grande parte dos exames pode ser realizada no município, mas em alguns casos os usuários são encaminhados as cidades próximas como Pelotas e Rio Grande para a realização dos mesmos. Não contamos com Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

O interior do município basicamente se divide em cinco Distritos, onde o 1º é o mais próximo e o 5º o mais distante do centro da cidade. Minha equipe atua no 4º distrito, o segundo mais longe, onde a unidade básica mais próxima fica a cerca de 45km da cidade. A equipe trabalha de forma itinerante e todos os dias é levada até a unidade com o carro da saúde, devido a isso, os materiais e medicações são transportados junto por conta da distância entre as unidades. O 4º distrito ainda não conta com ESF e no momento já está sendo feito o mapeamento da região para que se possa implantá-lo. As unidades de atendimento têm estrutura básica, havendo ainda grandes deficiências estruturais. Há falta de salas adequadas para exame e armazenamento das medicações, a recepção e sala de espera situam-se em um único ambiente e geralmente sem assentos adequados para as pessoas que estão esperando por atendimento. Estamos em busca de melhorias em todas as unidades em que a equipe atua para melhor atender a população, embora se consiga prestar os atendimentos os mesmos não são feitos com a qualidade desejada, justamente pela falta de estrutura das unidades.

1.2 Relatório da Análise Situacional

No ano de 2014, o 4º Distrito de Canguçu, RS, foi contemplado com a atuação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) em Odontologia, após ficar 3 meses sem cobertura odontológica na área.

Como a equipe trabalha de forma itinerante, durante a semana atuamos em cinco unidades básicas diferentes e, a cada quinze dias, atendemos na unidade móvel de saúde em outra micro-área. Essas UBS são vinculadas ao SUS e oferecem atendimento à saúde de forma gratuita à população, além de algumas medicações. Essas unidades de saúde são tradicionais e estamos em processo de implantação de ESF na área que está em construção e ficará pronta em breve. Contamos com uma equipe com cirurgiã-dentista, temos também uma médica da saúde da família, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e um motorista. Não existe vínculo entre as unidades e instituições de ensino.

Observa-se com frequência a necessidade da inserção de mais profissionais à equipe, como agentes comunitários de saúde e com a implantação do ESF a necessidade de psicólogos e assistentes sociais que possam dar o apoio à comunidade e devido aos grandes índices de depressão observados, que elevam as taxas de suicídio no município. Atualmente Canguçu está entre os dez municípios brasileiros com maior índice de suicídio, mostrando-se uma situação preocupante.

De modo geral, todas as unidades de atendimento contam com recepção que se situa juntamente com a sala de espera. Todas possuem sala para médico e dentista e só algumas com sala para exames e enfermagem. Uma das unidades não possui cozinha nem sala para exames, o que dificulta nosso trabalho. Para responder o Caderno de Atenção Básica, os questionários e para a construção do relatório, a equipe elegeu uma das Unidades Básicas, a UBS 14 de Março. Esta foi escolhida por ser a nossa futura sede ESF que será implantada em breve na região.

A Unidade Básica de Saúde 14 de Março não apresenta uma estrutura ideal para atendimentos, mas podem ser realizados mesmo não sendo da forma como gostaríamos. Contamos com dois banheiros, um para funcionários e outro para os usuários, uma sala de espera que fica junto à recepção, possui um consultório médico, um consultório odontológico e também a sala do enfermeiro que é utilizada também para exames, curativos e armazenamento das medicações. Contamos com um

a cozinha que possui fogão e geladeira. Contamos com a ajuda da comunidade para realizar as reuniões de grupo no salão comunitário que fica ao lado da unidade, quando não é possível realizá-las em local adequado as reuniões de grupo são feitas na própria sala de espera da unidade.

Além das deficiências físicas que impõem barreiras, o fato de não haver uma ESF na área é o que mais afeta o serviço. A equipe não possui condições de atender toda a demanda espontânea e como não permanece todos os dias na mesma unidade não é possível realizar consultas agendadas. Além disso, a equipe é pequena e insuficiente para tamanha demanda, e por isso os números de atendimentos médicos se restringem a 10 fichas por turno e o odontológico a 5 por turno.

Sobre a situação da UBS, é visível que se tem muito a melhorar. A equipe não está completa, temos falta de agente comunitária de saúde, de auxiliar de saúde bucal e o enfermeiro está de licença saúde, então, estamos desfalcados. A estrutura física da unidade encontra-se precária e não há planejamento algum para receber cadeirantes e idosos. A sala de vacinação é dividida com a sala de procedimentos e com a sala de medicações, já o compressor da cadeira odontológica fica na cozinha. Não há banheiros dentro dos consultórios o que causa certo constrangimento principalmente nas consultas de pré-câncer, apesar das mulheres se trocarem atrás de um biombo. No consultório odontológico não tem mesa de escritório e nem cadeiras para fazer a anamnese, o material utilizado é lavado em uma pia afastada do equipo e não tem acionamento com pedal.

O instrumental usado para atendimento é insuficiente para a demanda que é espontânea. Das 10 fichas oferecidas aos usuários por dia, só há material para 7 pessoas, tendo muitas vezes que improvisar durante os atendimentos, deixando o material para fazer procedimentos e 3 fichas para aplicação de flúor em crianças ou escovação que são realizadas ali no equipo mesmo, pois a unidade não conta com sala de escovação também.

O lixo contaminado é levado todos os dias até a Secretaria de Saúde do município e descartado da forma correta, porém é levado no mesmo carro que transporta a equipe. Os detalhes citados fazem grande diferença para o atendimento da UBS que deveria ter melhores condições para o acolhimento da população, do seu be

m-estar e bem-estar dos profissionais que ali atuam e também para suprir com qualidade a demanda de pacientes que procuram o serviço.

Na questão da qualidade me remeto aos materiais disponibilizados para os procedimentos clínicos, como luvas, cimentos, resinas, e rx. Como tudo é comprado por licitação, do mais barato, e por equipe que não é da área, a qualidade dos materiais acaba sendo baixa e conseqüentemente a qualidade dos procedimentos também, devido à baixa durabilidade, o que acarreta em retorno dos usuários para realizarem novamente um procedimento que, se realizado com material de boa qualidade, não precisaria ser refeito. Isso acarreta em mais gastos para a saúde pública, a população fica insatisfeita e o profissional frustrado.

Quando aparecem casos de urgência, os mesmos são tratados com prioridade, embora alguns usuários reclamem, mas sempre é possível contornar a situação. O maior problema está na insuficiência de tempo para acolher e atender a todos que procuram o serviço, pois os locais de atendimento ficam longe da cidade e por isso a equipe leva uma hora e meia até chegar ao local e sempre há excesso de demanda a nossa espera. Desse modo é possível perceber o quanto é difícil fazer um bom acolhimento e atendimento. Mas a equipe já está ficando conhecida no local, atendendo bem a todos e procurando sempre escutar e ajudar da melhor forma possível, certamente isso resultará em bons resultados futuramente.

Está sendo feito no 4º Distrito um novo mapeamento da população para a implantação de uma ESF, porém é notável que poucas serão as reformas na unidade onde servirá como base no distrito.

Como estratégias, a equipe realiza reuniões programadas junto à Secretaria de Saúde para discussões sobre as mudanças a serem feitas e já foram listadas como prioridade a contratação de agentes comunitárias de saúde e auxiliar de saúde bucal para complementar a equipe, também foi pedida a manutenção das estradas, pois muitas vezes os lugares de difícil acesso são esquecidos. Também solicitamos reforma nos banheiros, na sala de pré-câncer e na sala de espera banheiros adequados para as pessoas com deficiências, cadeirantes e idosos, assim como rampas e tapetes antiderrapantes. Necessita-se também de um local adequado para armazenar o compressor, já que o mesmo encontra-se na cozinha, local inadequado

. Foi solicitada também sala adequada para lavagem de instrumental contaminado, mais instrumentais e alguns materiais de melhor qualidade para dar mais durabilidade aos procedimentos clínicos e poder atender as 10 fichas do dia. Solicitaremos enfermeiro substituto, enquanto o atual encontra-se em licença e também mais medicamentos de uso contínuo, para suprir a demanda. Isso pode parecer pouco para a ESF, mas já irá melhorar os serviços prestados na área de abrangência.

A equipe possui boa comunicação e fácil acesso aos gestores, isso irá ajudar a melhorar o planejamento e realização das prioridades, embora nem tudo que se é pedido seja realizado de forma satisfatória, mas como a equipe é bem engajada é provável que se possa fazer um melhor planejamento até iniciarem as reformas para ESF. Acredito que com diálogo entre a equipe/gestores e com o apoio da população será possível conseguir recursos para suprir as necessidades e prioridades.

Nós profissionais da atenção básica, temos muitas atribuições e em algumas delas deixamos a desejar, muitas vezes por falta de estrutura ofertada pela gestão ou então por conta dos hábitos mantidos por profissionais que atuavam nas unidades anteriormente. Apesar disso, pode-se afirmar que dentro de todo contexto da realidade descrita, os profissionais exercem as atividades com empenho, qualidade e técnica buscando sempre melhorias à população atendida.

Para a implantação do ESF está sendo feito o mapeamento e territorialização da área, o qual é feito pelos profissionais da vigilância epidemiológica, que nos passam os resultados no final do levantamento. Em nenhum momento nos foi disponibilizado horário e nem transporte para acompanhamento deste processo.

As buscas dos faltosos às ações programáticas e de grupo não são feitas formalmente, sendo informado pela técnica de enfermagem que reside na região quando encontra com os faltosos, casualmente. Apesar de serem feitas algumas reuniões de grupos, as mesmas não são suficientes frente a tantas outras situações frequentemente enfrentadas pela população e que deveriam ter maior abordagem e só há uma sala na unidade, não nos é disponibilizado outro local para realizar um cuidado em saúde com a população. A equipe realiza atendimentos de urgência e emergência, mas não há suporte nem material adequado necessário na unidade. No entanto, sempre é feito o primeiro atendimento.

São realizados atendimentos em domicílio, mas nada muito complexo. O que não é possível ser realizado a equipe encaminha ao pronto atendimento e dá as orientações necessárias. São feitas as notificações compulsórias de doenças e agravos de forma regular e também o gerenciamento de insumos para o funcionamento da unidade, assim como protocolos de referência e acompanhamento longitudinal dos usuários, de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando o cuidado integral do usuário. Ainda assim, muitos dos pacientes, após a melhora, não retornam mais à unidade.

O que também é muito difícil dos usuários entenderem é que a unidade básica é a principal porta de entrada na rede de atenção, e muitos não buscam como primeira opção devido ao fato de ter que esperar, pegar ficha e ficar na fila.

Muitas são as necessidades, além das citadas e o que nos limita muitas vezes é a falta de estrutura oferecida por parte da gestão, nós profissionais da saúde, embora querendo fazer nossos projetos de melhorias, não conseguimos dar conta de tudo sem apoio e também sem aceitação por parte da população e nesse aspecto também entra a questão do engajamento. Essas questões acabam sendo desafiadoras tanto para a população quanto para nós, profissionais, uma vez que afeta a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilidade e resolução das ações que são fundamentais para a efetivação da atenção básica.

A desinformação da população e muitas vezes a falta de paciência dos mesmos acabam aumentando a demanda em outros setores da saúde como UPA, Pronto Socorro e Posto Central do município. E é uma atribuição da equipe de saúde passar essas informações à população, conscientizar a mesma de onde buscar o primeiro atendimento, seja através de palestras, nos grupos ou então de informativos nas rádios, ou cartazes colados nas portas das unidades. A equipe deve também mudar os antigos hábitos mantidos pelos profissionais que trabalham há mais tempo na unidade que muitas vezes já estão ultrapassados e necessitam de adequação para a nova realidade do SUS. Acompanhar mais de perto o processo de territorialização da área usando isso como forma de obter um primeiro contato com os usuários e desde já dar acesso a um futuro acolhimento na unidade. Aumentar os grupos feitos na unidade, chamando atenção para outros assuntos pertinentes à saúde e ta

mbém solicitar mais apoio material para melhor fazer os atendimentos em domicílio . Cumprir com as obrigações, buscar os direitos de trabalho juntamente aos gestores e também lutar por melhorias para a atenção básica ter melhor qualidade. Como membro de uma equipe de saúde, devo aplicar meus conhecimentos prévios, de experiência e principalmente os que estou adquirindo no curso de especialização em saúde da família, no meu dia a dia prático, ajudando minha equipe a gerir melhor a unidade para melhor fazer pelos pacientes.

Em relação a população da área adstrita, a população é composta por 4015 pessoas, com estimativas de distribuição de sexo e idade conforme mostra a figura 2:

Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1246
Mulheres entre 25 e 64 anos	1104
Mulheres entre 50 e 69 anos	413
Gestantes na área - 1,0% da população total	40
Menores de 1 ano	48
Menores de 5 anos	96
Pessoas de 5 a 14 anos	596
Pessoas de 15 a 59 anos	2631
Pessoas com 60 anos ou mais	548
Pessoas entre 20 e 59 anos	2302
Pessoas com 20 anos ou mais	2850
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	898
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	257

Figura 2: Quadro da estimativa de distribuição por sexo e faixa etária da população da área adstrita do 4º Distrito de Canguçu, RS, 2014.

A distribuição da população por sexo e faixa etária estimada com base na distribuição brasileira parece de acordo com a distribuição na área de abrangência da UBS, apesar de serem dados estimados.

No caso do 4º Distrito, a qualidade do serviço prestado está aquém do desejado. Como não há ESF, apenas uma única equipe itinerante, e também não há sala de acolhimento, quem faz o primeiro contato com o usuário é a recepcionista e a té

cnica de enfermagem que mora na região atendida, então já conhece bem a população do local.

Após o primeiro acolhimento e a retirada da ficha na recepção o usuário é direcionado ao atendimento na área médica, odontológica ou para o enfermeiro que continuam a fazer o acolhimento, escutando o que o paciente tem a dizer, suas queixas, dúvidas e também o que ele mesmo pensa sobre o seu caso. A equipe tenta deixar os usuários confortáveis e confiantes para falar de forma espontânea e sincera sobre seus problemas, tanto de saúde, quanto da sua vida particular.

A equipe está investindo, também, no processo de desmedicalização dos pacientes, pois na região fazem muito uso de diversas medicações, sendo que algumas delas foram indicadas por vizinhos, amigos ou parentes. Há certa resistência por parte dos mesmos em abandonar algumas medicações e adotar outros estilos de vida como fazer atividade física ou então melhorar sua alimentação. É um modo de vida da região e estão sendo feitos trabalhos para melhorar a educação em saúde para que entendam os motivos de tentarmos diminuir o uso indiscriminado de remédios e melhorar a qualidade de vida.

Em relação à saúde da criança com até 72 meses, a maioria dos responsáveis não procura fazer as consultas de puericultura ou acompanhamentos na unidade base. O número de crianças cadastradas está aquém do estimado para a área, e acredita-se que esse número seja pequeno devido à disponibilização de métodos contraceptivos oferecidos na UBS, onde a maioria das mulheres procura pelo método na forma de injetável feita trimestralmente. A contracepção é disponibilizada nas unidades e por isso tem sido muito bem aceita pelas mulheres residentes na região. Na área possui muitas crianças em idade escolar, adultos, mas, principalmente, muitos idosos. Isso é resultado da transição demográfica.

Como a unidade fica na zona rural e não conta com a vacinação para crianças fora do calendário das campanhas de vacinação, as mães aproveitam a ida até o posto central da cidade que atende a demanda da cidade e dos distritos da mesma, sem por regras ou limites para que as mesmas procurem obrigatoriamente sua unidade de cobertura. Os poucos casos que procuram a unidade básica tem suas consultas em dia e devido a esta pouca procura não contamos com consulta agendada.

a. Por conta de ter especialistas no posto central da cidade as mães preferem levar seus filhos lá a levar na unidade básica de origem que conta apenas com o médico da família. Acredita-se que por falta de informação ou então de orientação do posto central para que as mesmas procurem sua unidade básica de cobertura para fazer as consultas de puericultura de seus filhos. Tanto teste do pezinho quanto triagem auditiva e a primeira consulta de puericultura são feitas no posto central da cidade pelo mesmo motivo citado anteriormente. Os demais quesitos como monitoramento do desenvolvimento na última consulta, monitoramento do crescimento na última consulta, avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes assim como averiguar se a vacinação está em dia é realizado na unidade básica de referência quando procurada pela mãe.

Como estratégias para melhorias, primeiramente o ideal seria realizar uma campanha para informar as famílias sobre o suporte que a unidade básica oferece para as crianças desde seus primeiros dias de vida. Que o médico da família é capacitado para fazer todos os exames e avaliações de puericultura e acompanhamento da saúde da criança e que não é necessário ir até o centro da cidade a procura de especialistas para a realização deste processo. Outro ponto relevante seria uma melhor organização dos atendimentos realizados no posto central da cidade, onde deveriam orientar e direcionar as mães a fazerem o acompanhamento de puericultura de seus filhos obrigatoriamente na sua unidade de origem, sendo se necessário encaminhada pelo médico da família para consulta com especialista no posto central de atendimento da cidade.

Também ajudaria a contratação de agentes comunitárias de saúde que podem auxiliar na orientação às mães em levarem seus filhos até a unidade básica. O que também afeta muito é o fato de não termos disponível na unidade as vacinas necessárias, pois não contamos com refrigeração necessária para armazenamento das mesmas. São múltiplos os fatores que afetam a procura pelo acompanhamento de puericultura.

Também se observa que o número de gestantes da região coberta pela unidade básica do 4º Distrito é muito menor do que o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas.

Embora se trate de uma unidade situada na zona rural, hoje em dia as pessoas têm grande acesso a informação e também aos métodos contraceptivos oferecidos na própria unidade. Também resultado da transição demográfica. Na UBS é oferecido o serviço de avaliação pré-natal, porém não é procurado pelas gestantes locais, deixando dessa forma também passar em branco os casos de gestação não detectados na unidade. O distrito é muito grande em extensão e muitas vezes a equipe nem fica sabendo de algumas gestações em andamento que faz parte da área de abrangência.

A maioria das gestantes procura o posto central da cidade para fazerem as consultas de pré-natal, alegando que assim fazem todos os exames necessários e já conhecem o seu obstetra, uma vez que geralmente são os obstetras que acompanham a gestação os mesmos que realizam o parto. O que é desnecessário, pois poderiam e deveriam ir à unidade básica mais perto de sua casa. As consultas são registradas em prontuário médico, odontológico e também em prontuários próprios para avaliação pré-natal.

Geralmente as gestantes tomam conhecimento de sua gravidez de forma tardia, no final ou depois do primeiro trimestre, retardando o início do pré-natal. Embora sejam poucas as gestantes que procuram a unidade básica de origem para acompanhamento do pré-natal, as que procuram o fazem de forma periódica com suas consultas em dia. Na primeira consulta sempre são solicitados todos os exames laboratoriais preconizados e feito o encaminhamento para a vacinação necessária conforme protocolo, uma vez que não é disponível vacinação fora do calendário e campanhas na unidade. Segundo o que o MS preconiza, o número mínimo de consultas no pré-natal é uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro sempre sendo realizado o exame ginecológico em cada consulta. É feita também suplementação com sulfato ferroso nas gestantes que necessitam e orientação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo bem como das consultas odontológicas.

O que deve ser melhorado são os mesmos aspectos citados em relação às consultas de puericultura, que são a procura por consultas no posto central da cidade, que o ideal seria que orientassem as gestantes a procurar atendimento de pré-n

atal na sua UBS de origem. A UBS fazer as consultas programadas com as gestantes, informar as mesmas que o médico da família é capacitado para tal e irá encaminhá-la se necessário para algum especialista ou para o pronto atendimento da cidade. Informar que na UBS é solicitado todos os exames necessários e que são tomadas todas as condutas necessárias para que a se tenha uma gestação tranquila e saudável.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, não há prontuários específicos para controle, feito somente através de prontuário médico, o que dificultou muito o levantamento de dados referentes a esse programa.

A equipe fez uma média de como foi no último ano e os dados reais não coincidem com o que o Caderno de Ações Programáticas aponta. Há um número muito inferior na procura pelo exame de pré-câncer. Seja por falta de cuidados, interesse ou cultura assim como religião de algumas mulheres entre 25 e 64 anos ou também porque algumas fazem seus exames no posto central da cidade que conta com Ginecologista. Como já foi citado anteriormente, existe uma grande desorganização no remanejamento dos atendimentos feitos no Posto Central da Cidade. Isso acarreta em aumento de demanda para eles e, conseqüentemente, baixa procura programática nas unidades básicas de origem, embora seja informada a população que as unidades básicas de saúde fazem os exames de câncer de colo de útero. Outro ponto a citar é o fato de ser um enfermeiro do sexo masculino quem realiza a coleta dos CP, e se tratando de uma população da zona rural, que geralmente tem outros hábitos e também são mais preconceituosos, torna-se mais difícil o vínculo. Geralmente as mulheres da zona rural, pelo que relatam, preferem que fosse uma enfermeira mulher a realizar esses exames e não um homem. Mesmo assim, quase 70% dos exames estão em dia, sendo que há uma demora média de 30 a 40 dias para os resultados chegarem à unidade básica.

Como se trata de zona rural e de mais difícil acesso devido à extensão do território há alguns atrasos com mais de 6 meses para a realização do exame, que só não é maior porque o mesmo é realizado todos os dias da semana. Felizmente no último ano não houve casos de exame com alteração. Este ano não foi realizada a coleta porque o enfermeiro está de licença saúde até o fim do mês. As avaliações d

e risco para câncer de colo de útero ficaram em 25% daquelas acompanhadas na unidade, acredita-se que esse número não seja baixo devido a exposição a relações sexuais sem proteção. Todas as mulheres são orientadas quanto a prevenção de CA de colo de útero e também sobre DST. Poucas coletas tiveram algum tipo de problema que necessitasse de repetição do exame e na grande maioria dos exames, foram coletados com células representativas da junção escamocolumnar uma vez que o exame é padronizado pelo enfermeiro.

O que poderia ser melhorada é a forma de armazenamento dos dados dos exames das coletas de pré-câncer que deveriam ter prontuários específicos para armazenamento. Dessa forma facilitaria na organização e também para levantamento do número de exames e acompanhamentos feitos na unidade. Também, o posto central de saúde deveria orientar e remanejar os usuários até as unidades de saúde de origem para acompanhamento nas mesmas. A equipe tem urgência da volta do enfermeiro a sua jornada de trabalho para poder oferecer novamente as coletas de pré-câncer na unidade, assim como a contratação de agentes comunitárias de saúde e para orientação e busca dessas mulheres para a realização do exame. E também para melhorar a qualidade seria enfatizar as mulheres para que não atrasem a data de seus exames e para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado devemos fazer agendamento de consultas programadas e periódicas, tendo todos os esclarecimentos sobre o acompanhamento necessário para que as mesmas se sintam acolhidas e seguras em sua unidade de saúde. Ter juntamente aos prontuários específicos de CP, os prontuários com alteração com uma identificação diferente, um sistema de alerta que indique com mais facilidade que possuem alteração para que se possa ter os dados e exames atualizados para acompanhamento. A busca ativa das mulheres que tiveram exame alterado para que as mesmas não parem de fazer o acompanhamento na unidade, bem como a equipe da unidade estar por dentro do desfecho dos casos alterados, se teve tratamento, onde foi realizado, quando e sua sobrevivência.

Em relação ao câncer de mama, assim como na questão do câncer do colo de útero, a obtenção dos dados através dos prontuários foi insatisfatória. Também por não haver prontuários específicos para controle do câncer de mama e somente atr

avés de prontuário médico, ficou difícil avaliar todos os prontuários com atenção. Pode-se observar que a procura pelo exame de câncer de mama é maior que do câncer de colo de útero, correspondendo a 73% das mulheres que procuram a unidade básica de saúde para acompanhamento. Acredita-se que as mulheres aceitam muito melhor o exame das mamas do que o exame do colo do útero. Aham mais simples e menos constrangedor, por isso também da maior procura. Outro fato que as fazem ir a UBS para este tipo de exame é que precisam retirar o encaminhamento para o exame na unidade de saúde de origem, assim já fazem todo acompanhamento na mesma. O restante das mulheres que não vão à unidade acredita-se que não fazem acompanhamento algum ou então algumas procuram atendimento particular quando já suspeitam de alguma alteração na mama. Comparando com o exame de câncer de colo de útero não estão tão ruins os indicadores de qualidade, pois 77% estão com seus exames de mamografia em dia e tem 10% menos de atraso do que do exame de colo de útero. É claro que tem um número menor de tempo de atraso na avaliação, mas em geral quando há atrasos na mamografia, esse atraso é superior que os 3 meses citados.

Todas as mulheres que visitam a unidade são orientadas quanto a prevenção do câncer de mama e da importância da realização da mamografia na faixa etária indicada para detecção precoce da doença quando presente. Novamente prontuários específicos e o destaque daqueles que se encontram com alguma alteração para que mantenham as consultas agendadas esse faça a busca ativa por essas mulheres para controle seriam fatores positivos.

Em se tratando das questões relacionadas à HAS, observa-se que a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não se adequa à realidade que parece ser um pouco inferior, correspondendo apenas a 88% do estimado.

Não se sabe explicar exatamente o motivo, mas acredita-se que seja devido aos pacientes mais jovens não terem sido diagnosticados como hipertensos ainda, pois na zona rural a tendência é que procurem atendimento apenas quando sentem algum sintoma mais grave, e inicialmente a doença pode ser silenciosa. Em 100% dos casos acompanhados é realizada a estratificação de risco cardiovascular p

or critério clínico pelo médico da saúde da família para organizar formas de controle desses pacientes, quais devem ser vistos com mais frequência ou encaminhados a serviços de especialidade e, embora seja atendida a demanda espontânea, sem agendamento de consultas, os usuários são orientados a retornarem à UBS para acompanhamento dentro de um prazo que o médico lhes dá. Porém quase metade desses atrasa suas consultas de retorno. 86% dos pacientes têm feito seus exames complementares periódicos em dia e 100% deles são orientados sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Normalmente todos os pacientes hipertensos diagnosticados são orientados a fazer avaliação odontológica, porém apenas 75% desses pacientes a fazem.

Sobre os aspectos que poderiam ser melhorados, estruturar a UBS para as reuniões de grupo, que são feitas uma vez ao mês na recepção da unidade, seria de grande valia. Falta espaço e também cadeiras para acomodar os participantes dos grupos.

Em relação à Diabetes Mellitus, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada com a realidade, novamente realidade nos mostra dados um pouco inferiores talvez por não terem sido diagnosticados muitos casos da doença devido a falta de preocupação da população e em relação a ela.

Também não se sabe explicar com exatidão a discrepância de valores, se é devido a não serem diagnosticados todos os casos existentes da área de cobertura ou se realmente há um índice baixo. A estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é realizada em 100% dos casos pelo médico da saúde da família para organizar formas de controle desses pacientes. Quais devem ser vistos com mais frequência ou encaminhados a serviços de especialidade. 46% desses estavam com atraso da consulta em mais de 7 dias, embora seja atendida a demanda espontânea sem agendamento de consultas, os pacientes são orientados a retornarem à UBS para acompanhamento dentro de um prazo que o médico lhes dá. 86% dos pacientes estão com seus exames complementares periódicos em dia e 93% com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses.

As orientações em relação a prática de atividade física regular e alimentação saudável são feitas em 100% dos casos e 93% dos casos tem sua avaliação odontológica em dia, uma vez que todos que procuram a unidade são orientados a realizar a consulta com o dentista.

Abordando o assunto Saúde do Idoso afirmo que muitos fazem suas consultas rotineiras no posto central do município. Já sobre a estimativa do número de idosos parece claro que há mais idosos na área do que as estimativas citados no Caderno de Ações Programáticas, muito provavelmente por se tratar de área rural. Estima-se um número de 548 idosos contemplando os 5 distritos.

A população coberta na área é considerada idosa, seja pelo fato de se tratar de zona rural, onde os jovens vão embora para as cidades em busca de estudos e trabalho e também pelo aumento da expectativa de vida das pessoas, hoje em dia as pessoas vivem mais e com mais qualidade de vida. A avaliação feita da cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada é regular, pois é possível atender bem os idosos da área, dispõe-se de grande parte das medicações usadas por eles e buscadas na UBS com receituário em dia e com consultas de rotina regulares. A equipe sempre ressalta a este grupo atendido sobre a importância do acompanhamento odontológico, de manter as consultas em dia, assim como os exames solicitados.

Todos os idosos atendidos possuem a carteirinha do idoso e a levam durante as consultas, alguns idosos relatam ter perdido sua carteirinha e nesses casos faz-se uma nova onde são anotados todos os dados e medicações de uso atual, informações que são registradas e atualizadas em prontuário clínico. Em 73% dos casos é realizada Avaliação Multidimensional Rápida e 72% dos idosos tem acompanhamento em dia, pelo fato da área ser extensa, alguns idosos dizem ter difícil acesso para comparecer em dia as suas consultas. Nessa população pode-se observar que 64% têm HAS e 24% possui DM, índices que parecem ser elevados, porém como a população vive em zona rural e geralmente não possuem cuidados com a alimentação nem realiza atividade física regular, sem citar que só procuram atendimento médico quando essas doenças já estão manifestadas e não fazem nenhum tipo de prevenção. A avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

s e orientação para atividade física regular estão presentes em 100% dos casos. Já em relação a avaliação de saúde bucal em dia esses índices caem para 76%, acredito que seja pelo fato de muitos idosos da região fazerem uso de próteses dentárias e devido a isso acham que não é necessário buscarem por atendimento odontológico, infelizmente.

Já em relação aos aspectos que poderiam ser melhorados está a falta de um médico psiquiatra e de um psicólogo na unidade. O motivo de falar sobre a necessidade de psiquiatra e psicóloga é devido ao alto índice de suicídio que a região possui e também a grande quantidade de idosos que fazem uso de medicação controlada para depressão. Não se sabe explicar o motivo de esses números serem tão elevados, porém acredita-se que se existisse um serviço de saúde mental de qualidade e para essa população seria possível diminuir um pouco esses índices elevados. É claro que há o CAPS que fica no centro da cidade, mas se tratando de uma população que mora a cerca de 40 km dali, fica difícil dos mesmos fazerem um acompanhamento controlado. Também é válida a formação de grupos de idosos, fazer palestras a eles, dar orientações sobre diversos aspectos da saúde, e, sempre, realizar uma escuta qualificada de suas demandas.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando este relatório com a resposta à pergunta feita na segunda semana de ambientação sobre a situação da ESF/APS em nosso serviço, não foi notado grandes diferenças em termos de mudanças na unidade ou na população. Ainda luta-se contra as barreiras físicas impostas e deficiências em relação à equipe. A equipe continua pequena, faltam agentes comunitárias de saúde e segue-se com o trabalho itinerário no território do 4º Distrito todo para atender a população. Mas com o cada dia é diferente daquele que já passou, foi notado algumas modificações que já estão sendo feitas, com base nos questionários aplicados e também devido ao melhor conhecimento da nossa situação, imposto pelas tarefas oferecidas pelo curso. Algumas dessas modificações foram aprender a como trabalhar com o que se tem

. Como desenvolver atividades de qualidade somente com aquilo que é disponível para o momento e tomar decisões em grupo para o melhor da população atendida.

Houve também melhora nos atendimentos, a equipe está oferecendo melhores serviços de ações programáticas para as diferentes faixas etárias. Já foram retomados os grupos de HIPERDIA e também montando outros como: saúde da mulher, atenção aos idosos, atenção aos fumantes e atividades educativas em saúde. Foi buscado apoio com a gestão para realizar trabalhos frequentes com os escolares e iniciou-se o preparo do material para apresentação aos alunos como forma de prevenção em saúde bucal. A mudança que mais agradou é a crescente melhora entre o vínculo que a equipe vem construindo com a população atendida, já existe um bom engajamento com a população, o que antes deixava a desejar, e como resultado disso se tem a melhora na recepção com a equipe e da valorização de serviço. Onde antes as UBS ficavam abandonadas e mal cuidadas, hoje observa-se que estão sendo limpas com frequência para a chegada da equipe e durante os atendimentos a própria população já se organiza, sabem o número de atendimentos possíveis e não reclamam da forma de atendimento oferecido. Percebe-se que estão contentes com os serviços prestados e isso está sendo muito gratificante.

O mais importante de tudo isso é perceber a diferença de olhar antes e depois do início do curso, pois a realização da análise situacional possibilitou uma visão ampliada do que é uma rede de atenção à saúde, permitindo e obrigando a mim, profissional da área odontológica, normalmente atuando de maneira enclausurada dentro do próprio consultório, a deixar essas 4 paredes e ampliar a percepção do que é saúde pública.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas está diretamente vinculada à atenção integral à sua saúde, incluindo os cuidados de rotina em saúde bucal até mesmo aos edêntulos.

Nosso projeto abordará a saúde bucal dos idosos residentes na área de abrangência do 4º distrito de Canguçu. A iniciativa de promoção à saúde odontológica dos idosos só se torna possível através de medidas preventivas e continuadas dos profissionais de saúde sobre a conduta da população em relação à maneira de criação de hábitos saudáveis.

O vínculo entre equipe e os idosos entra como fator positivo para apoiar a intervenção e o projeto será realizado visando melhor atenção à saúde do idoso e implantação de hábitos de higiene bucal e protética adequadas, a fim de sanar problemas estomatológicos como a candidíase bucal, que é frequentemente relacionada ao uso de próteses dentárias totais.

Outro fator interfere de maneira positiva para a escolha dessa população para a intervenção é o apoio do restante da equipe, como a médica, disposta a atuar na mesma linha de trabalho a fim de aumentar o vínculo com essa população.

Nas unidades básicas de saúde do distrito não há registro do número de idosos residentes na área de abrangência e nem nas micro áreas, porém, pelo Caderno de Ações Programáticas, estima-se que o mesmo seja de 548 pessoas com 60 anos ou mais.

A equipe tem consciência do grande número de idosos da área devido à grande busca de atendimentos e medicações na unidade básica pelos mesmos. Esta população adere bem às consultas programáticas, uma vez que têm deficiência no âmbito da saúde nesta região, pois nem sempre as unidades foram mantidas em funcionamento. Outra deficiência é em relação aos grupos de idosos que não existem

ainda na área, e podem ser uma estratégia viável e positiva não só para a saúde bucal, mas para a abordagem biopsicossocial dessa população.

A intervenção contará com apoio de toda a equipe, primeiramente com o levantamento de dados da área, registrando o número de idosos que é a principal limitação que a equipe encontrará. O que viabiliza a realização da intervenção é o fato de a equipe ser itinerante, onde conta com uma unidade básica de saúde em cada micro área facilitando assim a ida dos pacientes até a sua unidade para a intervenção e a melhor atenção por parte da equipe já que a demanda para avaliação e formação dos grupos não será excessiva.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar as ações de atenção à saúde bucal do idoso no 4º distrito de Canguçu, RS

2.2.2 Objetivos específicos

1. Aumentar a cobertura
2. Melhorar a qualidade da atenção
3. Melhorar a adesão ao programa
4. Melhorar os registros das ações
5. Mapear a população de risco
6. Realizar promoção de saúde

2.2.3 Metas

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a Saúde Bucal do Idoso

- 1.1. Realizar a primeira consulta odontológica programática a 30% dos idosos.
- 1.2 Realizar ações coletivas para 30% dos idosos.

Relativas ao objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção

- 2.1 Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.
- 2.2. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.
- 2.3. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.
- 2.4. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 2.5. Avaliar o uso de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.
- 2.6. Avaliar a presença de candidíase bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.
- 2.7. Avaliar a necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa

- 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática .
- 3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Relativas ao objetivo 4: melhorar os registros das ações

- 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.
- 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 5: mapear a população de risco

- 5.1. Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos..

Relativas ao objetivo 6: realizar promoção de saúde

- 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

6.4. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde do 4º Distrito de Canguçu-RS, no período de 12 semanas. Serão participantes deste projeto todas as pessoas com mais de 60 anos de idade, pertencentes à área de abrangência além da equipe de profissionais que compõem estas unidades. O referencial teórico de embasamento das práticas é Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde do ano de 2010.

2.3.1 Ações

As ações a serem realizadas como estratégia para priorizar a população alvo do projeto são inúmeras tendo em vista os objetivos e metas propostos no trabalho de modo a contemplar diversas áreas em relação à saúde do idoso, tratando o indivíduo como um todo.

Apesar dos limites impostos em relação a aspectos como a falta de ACS na área, existem outros fatores que tendem a contribuir como o fato da equipe trabalhar de forma itinerante, levando atendimento às áreas mais distantes da cobertura e que provavelmente só buscariam a unidade básica de saúde em casos de extrema urgência.

De forma a cumprir as metas propostas serão realizadas ações como monitoramento/avaliação periodicamente a cobertura da primeira consulta odontológica entre os idosos da área de abrangência da UBS e das ações coletivas a serem realizadas com os mesmos. Cadastrando todos os idosos da área de abrangência, atualizando dados do SIAB, organizando a agenda para reservar horário para atendimentos odontológicos aos idosos de acordo com a meta proposta, identificando e capacitando o profissional da equipe que fará periodicamente o monitoramento/avaliação do programa. Esclarecer a comunidade sobre a importância das consultas odo

ntológicas e ações educativas coletivas divulgando e informando a população alvo sobre este aspecto, atuando no acolhimento dos idosos e da comunidade.

Em relação a melhorias na qualidade da atenção à saúde bucal ao idoso na Unidade de Saúde será avaliada a necessidade de tratamento e conclusão destes. Avaliando alterações da mucosa bucal e presença de candidíase tanto aos que fazem uso de prótese dentária ou não e também avaliar quantos já utilizam, assim como quantos necessitam de reabilitação protética, informando os idosos sobre como realizar o auto-exame da boca, e encaminhando aos setores especializados quando necessário. Aos idosos que se encontram acamados, serão feitas visitas domiciliares para melhor atendê-los, assim como ações de monitoramento a esses aspectos citados e também a organização e gestão do serviço com sistemas de identificação dos idosos que realizaram sua primeira consulta, se necessitarão de tratamento ou não, agendando consultas e garantindo fornecimento de material necessário para concluir os tratamentos e para isso a equipe deve ser capacitada para identificar e tratar alterações da saúde bucal do paciente, encaminhando para serviços de referência e fazendo visitas domiciliares quando necessário.

É de extrema importância realizar ações de busca dos faltosos tanto às consultas programáticas quanto nas subsequentes, monitorando o cumprimento da periodicidade das consultas e organizando visitas domiciliares para buscar os mesmos. Manter a comunidade informada sobre a realização das consultas, definindo com a equipe a periodicidade das mesmas.

O trabalho possui um leque de ações determinantes para sua aplicação e manter o registro das informações coletadas é de extrema importância para dar continuidade a ele. Ações como monitoramento dos registros dos idosos atendidos na UBS e da carteira da saúde do idoso que deverá sempre ser disponibilizada devem ser realizadas, lembrando aos idosos da importância de tê-las em mãos durante a consulta. A implantação de planilhas e registros específicos do acompanhamento odontológico facilitam a busca de dados e para que tal serviço seja realizado a equipe deve ser capacitada para o preenchimento dos dados para registro e também da caderneta de saúde da pessoa idosa.

A equipe deve ter a responsabilidade e a capacidade de mapear os idosos de risco da área de abrangência realizando avaliação de risco para câncer de boca e candidíase bucal em 100% dos idosos, monitorando, identificando e priorizando atendimento aos idosos de alto risco. Orientar a comunidade, as famílias e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências, enfatizando também a promoção da saúde do idoso monitorando a realização da orientação nutricional, de práticas de atividades físicas regulares e também sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal, organizando o tempo adequado das consultas com orientações individuais e coletivas sempre mantendo o idoso, o familiar e a comunidade informados. Fazer as orientações quanto a importância da higienização oral e das próteses, disponibilizando material ilustrativo sempre que possível e mantendo a equipe capacitada para realizar essas ações com a população.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao Objetivo 1: aumentar a cobertura

Meta 1.1 Realizar a primeira consulta odontológica programática a 30% dos idosos.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção a saúde bucal do idoso a unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Realizar ações coletivas para 30% dos idosos.

Indicador 1.2 Proporção de idosos que participam de ações coletivas em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas da UBS.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção

Meta 2.1. Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos.

Indicador 2.1 Proporção de idosos com necessidade de tratamento.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com necessidade de tratamento.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Meta 2.2 Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

Indicador 2.2. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática e com tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

Meta 2.3 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.3. Proporção de idosos com avaliação de mucosa bucal em dia.

Numerador: Número total de idosos com avaliação da mucosa bucal.

Denominador: Número total de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta 2.4 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção que receberam a visita do dentista.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção.

Meta 2.5 Avaliar o uso de prótese dentária em 100% dos idosos

Indicador 2.5. Proporção de idosos que fazem uso de prótese dentária.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação do uso de prótese dentária

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Meta 2.6 Avaliar a presença de candidíase bucal em 100% dos idosos

Indicador 2.6. Proporção de idosos com candidíase bucal clinicamente evidenciada.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação da presença de candidíase bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com a primeira consulta odontológica programática.

Meta 2.7 Avaliar a necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

Indicador 2.7. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de necessidade de prótese.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos a primeira consulta odontológica programática.

Meta 3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Indicador 3.2 Proporção de idosos faltosos às consultas subsequentes que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas subsequentes e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

Relativas ao objetivo 4: melhorar os registros das ações

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro adequado.

Numerador: Número de registros específicos atualizado.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 5: mapear a população de risco

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 6: realizar promoção de saúde

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Meta 6.3 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Meta 6.4 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.4. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

2.3.3 Logística

A intervenção será realizada em conjunto com a equipe primeiramente capacitando a mesma em como proceder durante o decorrer da aplicação do trabalho e também posteriormente dando continuidade as intervenções. E para isso o protocolo a ser utilizado como base será MS 2010, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.

Será disponibilizada uma cópia do protocolo para cada profissional integrante e da equipe e será dividido um capítulo para que cada membro leia em casa, liste os pontos principais. Será reservado um turno de atendimento na unidade de para reunião da equipe e cada profissional irá expor aos demais colegas os levantamentos que fez sobre seu capítulo do protocolo. O protocolo será dividido em quatro capítulos a ser distribuídos entre a técnica de enfermagem, o enfermeiro, a médica e a cirurgiã-dentista.

Os capítulos são:

Capítulo 1: O Pacto pela Vida e a Saúde do Idoso

Capítulo 2: Envelhecimento Populacional e Dados Demográficos

Capítulo 3: As Políticas Públicas de Atenção ao Idoso

Capítulo 4: As ações estratégicas da área técnica saúde do idoso

Após a capacitação dos profissionais será feito um levantamento dos prontuários existentes em cada unidade básica atuada pela equipe, que trabalha de forma itinerante, para que possa ter em números o total de idosos que cada unidade básica abrange. Nos prontuários serão identificados os idosos que compareceram a unidade nos últimos seis meses.

Para que os idosos saibam sobre o trabalho a ser realizado utilizaremos alguns métodos de comunicação como avisos na rádio, onde a cirurgiã-dentista irá dar uma entrevista sobre a importância dos idosos participarem dessa intervenção e os benefícios oferecidos a longo prazo. Também será realizada uma palestra para as comunidades em cada micro-área, orientando as pessoas para que informem seus conhecidos ou que levem os idosos que residem em sua casa para participarem. Outra forma será a abordagem direta aos idosos que procurarem a unidade básica por outros motivos, para que sejam atendidos na mesma hora e façam parte da intervenção, após todas as orientações sobre a mesma.

O profissional que ficará responsável pelo registro específico e monitoramento regular será a técnica de enfermagem, pois a mesma reside na área de abrangência e conhece bem a população a ser abordada. Como a equipe é itinerante e não contamos com Agentes Comunitários de Saúde, as informações como endereço e te

telefones constarão no prontuário específico para que se tenha acesso e se possa conversar com aqueles que faltarem durante as intervenções.

O monitoramento será feito através de registros específicos das pessoas que possuem mais de 60 anos contendo todas as informações necessárias, inclusive com seu estado de saúde geral atualizado, juntamente com as medicações em uso. E também será utilizado a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que deve ser apresentada em todas as etapas da intervenção para que mantenha os dados atualizados semanalmente. Para isso será solicitado à gestão 200 cópias para registro específico e 200 cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e mais 200 cópias de registro complementar com informações referentes a cada meta e intervenção. A meta é alcançar 30% da população idosa da área, sendo que a mesma possui 548 idosos, a meta é de 165 idosos mas como esta poderá ser ultrapassada, serão solicitadas 200 cópias. Para acompanhamento mensal da intervenção, atualizarei os dados em computador pessoal com planilha eletrônica de coleta de dados.

Como se dará início às intervenções: primeiramente será feito o acolhimento por toda a equipe, pois cada profissional terá um papel importante durante o processo de intervenção, os idosos mais debilitados terão atendimento prioritário. O enfermeiro irá fazer as fichas do dia, coletando os dados para o registro específico de cada idoso, juntando todas as informações da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Após o paciente será avaliado pelo dentista e após anamnese detalhada, será feito exame clínico detalhado e o uso ou não de prótese dentária, se faz uso irá perguntar ao paciente o tempo de uso e se não faz uso, será verificado se há necessidade. Será avaliada clinicamente a presença ou ausência de candidíase bucal ou alguma outra alteração patológica e seus sintomas, também será monitorado periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência. Da mesma forma serão coletadas todas essas informações nas visitas domiciliares, que serão contabilizadas juntamente com os atendimentos realizados nas unidades no resultado final. Durante a consulta o profissional responsável pelas anotações dos dados será a técnica de enfermagem. Para a consulta será solicitado à gestão mais material para exame clínico.

Durante e os meses de intervenção serão disponibilizadas 3 fichas exclusivamente para as ações com a saúde do idoso, que será incluída na rotina normal da unidade. Após a consulta cada paciente sairá com o retorno agendado para dar continuidade. Na primeira consulta será feita a coleta de dados de prontuário, dados clínicos e também será explicada de forma individual sobre a necessidade do usuário em não faltar as demais consultas e orientá-lo no que for necessário. Na segunda consulta será feito o encaminhamento para confecção de prótese dentária nos casos indicados e também o tratamento para candidíase bucal com nistatina creme nos casos diagnosticados, avaliando semanalmente para ver sua evolução. Haverá formação de grupos em semanas intercaladas para orientação de higiene dentária e da prótese, com temas relacionados à saúde bucal e sistêmica de interesse. Os dias de grupo serão avisados aos moradores da comunidade em aviso impresso nas unidades e geralmente serão feitos na primeira semana de cada mês, e não a cada três meses como consta no cronograma. Acontecerão no período da tarde, sendo um dia da semana reservado para cada unidade de atendimento, pelo fato da equipe ser itinerante e serão realizadas nos salões da comunidade ou na própria sala de espera das unidades. Os assuntos abordados serão sempre de interesse da saúde dos idosos e também aos demais participantes, para que a equipe consiga orientar ao máximo as pessoas sobre assuntos que dizem respeito à saúde bucal, pressão arterial, diabetes, Alzheimer e etc. Toda a equipe contribuirá com seus conhecimentos, juntamente com materiais disponibilizados pela secretaria de saúde do município. Serão feitas visitas domiciliares aos faltosos que será monitorado pela técnica de enfermagem juntamente com a formação dos grupos.

O enfermeiro ficará responsável por monitorar a realização da orientação nutricional, prática de exercícios físicos regulares, malefícios do álcool e tabagismo para a saúde e o dentista orientará nas ações relacionadas diretamente à saúde bucal. Caberá ao médico orientar os idosos sobre os cuidados que devem manter com a sua saúde bucal e direcioná-los sempre após sua consulta médica, para uma consulta odontológica. Ao final de cada mês, será feito levantamento de todos os dados e colocados em planilha eletrônica para acompanhamento e avaliação dos resultados e seus benefícios na área de abrangência.

Para que o projeto tenha continuidade e se torne rotina na unidade básica de saúde, não só durante os 3 meses de coleta e aplicação do projeto de intervenção, mas também após serão disponibilizadas duas fichas exclusivamente para atendimento odontológico do idoso, inserindo esta rotina na unidade.

Toda a equipe será capacitada em relação às ações de saúde bucal para dar as informações pertinentes à toda comunidade que também será sensibilizada através das palestras, avisos prévios na rádio local e por contato com os representantes da comunidade, para que sigam buscando atendimento. Dando continuidade na participação dos grupos de idosos e participando das ações promovidas pela equipe de saúde.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais sobre o protocolo da Saúde do Idoso												
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática												
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática na saúde do idoso solicitando apoio para a captação de idosos e para as demais estratégias que serão implementadas												
Cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa												
Atendimento clínico dos idosos												
Tratamentos necessários para estomatite protética												
Encaminhamento para CEO para confecção de prótese total												
Plano de tratamento para dar continuidade às necessidades de cada idoso												
Grupo de idosos												
Capacitação da equipe para realização de busca ativa de idosos faltosos												
Busca ativa dos idosos faltantes às consultas												
Monitoramento da intervenção												

Figura 3: Quadro do cronograma de atividades da intervenção

OBS: As visitas domiciliares realizadas por dentista, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem s
erão agendadas conforme a necessidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Fazendo um memorando desde o início da intervenção, pode-se observar que a demanda da população alvo do foco, os idosos, era alta e ao longo do tempo foi diminuindo. Claro que um dos motivos para tal situação foi o aviso colocado na rádio local da cidade logo nos primeiros dias.

Logo no início da intervenção, foi conversado com a equipe e explicado os objetivos do trabalho a ser realizado, com o pedido de empenho de todos nas atividades. Foram distribuídos os assuntos a serem discutidos em relação à Saúde do Idoso e também sobre os atendimentos na UBS e visitas domiciliares que deveriam ter sido lidos e debatidos já na primeira semana, mas isso não aconteceu por falta de tempo. Foi o primeiro empecilho que se teve na primeira semana de aplicação do trabalho. Foi conversado com a equipe, lembrado da importância da intervenção e tudo ficou resolvido, sendo feita a nossa reunião para debate dos assuntos na semana seguinte, conseguindo assim, iniciar a capacitação da equipe.

Outra dificuldade que encontrada foi a falta de local para realizar as reuniões de grupo com os idosos. A equipe solicitou junto a Secretaria de Saúde auxílio, porém foram as comunidades dos locais de atendimento que ajudaram nessa parte, disponibilizando os salões comunitários. Nas primeiras semanas teve muita procura e graças à união da equipe pode-se realizar consulta odontológica aos idosos que iam até a unidade em busca de consulta médica. No primeiro mês foi realizado atendimento a 42 idosos do 4º distrito. Já no segundo mês foram avaliados mais 29 idosos e nesta última etapa de coleta dos dados foram avaliados mais 9 idosos.

As dificuldades encontradas foram muitas desde o início da definição do foco da intervenção, principalmente pelo fato da equipe trabalhar de forma itinerante. Dentre elas o cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa, que foi realizado de acordo com a procura dos mesmos pelos serviços de saúde nas unidades de atendimento, pois não contamos com agentes comunitários de saúde. Todos os idosos que foram nas unidades no período da intervenção foram cadastrados e fizeram parte do programa. O número é pequeno, porém com a implantação dos cuidados à saúde do idoso na rotina das unidades, este número tende a aumentar.

ar. Este cadastramento deveria existir já nas unidades, porém os arquivos existentes são antigos e desatualizados, pois as unidades estavam sem atendimento das equipes de saúde já há algum tempo.

O que foi encontrado também como uma das dificuldades é em relação à busca ativa dos faltosos. Alguns após a busca retornam a unidade para concluir o tratamento, porém existem aqueles que ficam dando desculpas toda vez que se entra em contato, dizendo que vão aparecer, mas no final não aparecem. Também o que preocupa um pouco é a demora para chamar os pacientes no CEO para confecção das próteses totais. Aqui em Canguçu tem demorado cerca de um ano para chamar o paciente e enquanto isso a saúde bucal destes fica como está, pois poucos têm condições financeiras para fazer particular.

Existe um pouco de receio pela procura de atendimento por parte dos idosos ter diminuído, porém a equipe está se esforçando para chamá-los até a unidade. Sei que como esta se tentando implantar o atendimento aos idosos como rotina na UBS, é normal que não tenha idosos todos os dias, mas seria interessante se estes procurassem mais atendimento odontológico devido a precariedade em que a saúde bucal se encontra nesta faixa etária. Se tem muita dificuldade em mudar o conceito de saúde bucal da população atendida no município de Canguçu. Está sendo feito grande esforço nas reuniões de grupo para instruir a população sobre a importância do tratamento odontológico na rotina do idoso e mesmo devagar, pode-se observar alguns resultados, onde antes não atendia se quer um idoso na semana, hoje se tem pelo menos um novo e mais os retornos semanais para continuidade do tratamento.

Todos os idosos receberam a caderneta de saúde do idoso e os grupos de idosos estão programados juntamente com o grupo do HIPERDIA para que não somente os idosos participassem, mas também os familiares englobando assim assuntos que abordem o dia a dia e o cuidado do idoso no convívio familiar. Não somente nas consultas individuais, mas principalmente nos grupos abordamos os assuntos como alimentação, exercícios físicos, tabagismo e etilismo, hábitos saudáveis, cuidados com a saúde bucal e geral.

A equipe está empenhada em buscar os idosos faltosos através de telefone e também com o próprio carro da equipe, que vai até o domicílio do faltante, quando este fica no caminho por qual passamos e também por recados dados aos vizinhos e familiares, já que temos um vínculo forte com a população local. Todos os idosos que fazem parte do Programa Saúde do Idoso e da intervenção possuem plano de tratamento ou retorno para aqueles pacientes considerados concluídos. Muitos desses pacientes encontram-se em fase de execução do tratamento e levará ainda mais algumas semanas para concluídos.

Tem muita coisa a ser melhorada agora com a implantação fortalecida do cuidado à Saúde do Idoso como rotina da equipe e dentre essas melhorias cito a qualidade das consultas prestadas a eles, o agendamento das consultas odontológicas que antes não existia. Pretendemos trazer os pacientes ainda não cadastrados para fazer parte dos cuidados à saúde oferecidos pela equipe e também compartilhadas com os demais usuários do SUS.

Como estou fazendo parte do Conselho Municipal do Idoso, desde que iniciei o trabalho no Distrito onde atuo, trago sempre novidades e procuro deixar toda a equipe atualizada sobre os direitos do idoso, o estatuto e novas propostas discutidas e aprovadas pelo conselho, para que possamos desempenhar um trabalho que traga mais acesso e suporte aos idosos e com isso resgatar aqueles que não estão fazendo parte do programa saúde do idoso nas unidades de atendimento.

A equipe está satisfeita com os resultados da intervenção, visto que sabemos e vivemos todas as dificuldades do dia a dia. Estamos empenhados e empolgados a dar continuidade à atenção à saúde do idoso nas unidades onde atuamos e embora os números da coleta não tenham sido tão satisfatórios quanto o esperado, acredita-se na continuidade do projeto que está fortemente implantado nas unidades para atingir o máximo número de idosos possível e levar uma melhor qualidade de vida a eles.



Figura 4: Foto de reunião de grupo de idosos e portadores de HAS e/ou DM realizada no dia 06/11/14. Tema da palestra: Alzheimer. Realizada na comunidade do Passo do Lourenço do 4º Distrito de Canguçu, RS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Foi solicitado junto à secretaria de saúde do município agentes comunitários de saúde, o que facilitaria muito na rotina das unidades e também no desenvolvimento da intervenção, pois conseguiríamos fazer todo o cadastramento da população idosa da área, porém nos foi informado que pelo fato de não contarmos com ESF na área, os mesmos não seriam contratados.

Não foi possível avaliar os 30% dos idosos, conforme era o objetivo esse número correspondia a 165 idosos, sendo avaliados somente 80 idosos.

A busca ativa dos faltosos foi feita, porém em alguns casos se teve dificuldades na localização do idoso e em muitos casos, após feita a busca ativa os mesmos voltaram a faltar.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados – facilidades, dificuldades, e incorporação à rotina de serviços.

Outro ponto complicado é em dar continuidade às planilhas sem se perder, tem que prestar muita atenção para não deixar passar nenhum dado. Às vezes mesmo com o cansaço, os trabalhos são feitos e na quinta-feira quando finalizados, são revisados para caso precise refazer algumas coisas da planilha como dados colocados errados, ou digitados no mês errado como aconteceu já no início do segundo mês de intervenção, mas que a orientadora alertou. Não foi fácil cadastrar, avaliar, anotar dados, fazer planos de tratamento, concluir tratamentos e avaliar resultados da população alvo, mas consegui fazer tudo com muito esforço. A incorporação da rotina ao serviço teve certa resistência pela população no início das atividades, mas em pouco tempo, conforme os resultados puderam ser observados, tivemos melhoras.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

As ações puderam ser incorporadas a rotina de forma simples e satisfatória, sem prejudicar os demais serviços. É viável sim manter o atendimento aos idosos de forma diferencial na unidade básica de saúde sem afetar o atendimento as demais demandas, pois é possível observar que a procura por atendimento odontológico por parte dos idosos é baixa. Diferentes programas de saúde são viáveis de se manter nas unidades básicas desde que bem organizados. Deve-se também alertar a p

população da importância do atendimento odontológico e médico a diferentes faixas etárias e principalmente orientar os idosos de que sua saúde bucal continua necessitando de atenção profissional para evitar possíveis agravos.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Relativos ao Objetivo 1: : Ampliar a cobertura da atenção a Saúde Bucal do Idoso

Meta 1.1. Realizar a primeira consulta odontológica programática a 30% dos idosos.

O trabalho de intervenção nas 5 unidades básicas de saúde que fazem parte do 4º Distrito do Município de Canguçu-RS ocorreu no período de Agosto a Novembro de 2014. Teve início com 54 idosos residentes na área, correspondendo a uma cobertura de 10,00% dos 548 estimados.

No decorrer da intervenção a cobertura variou de forma que conseguiu-se aumentar o numero de idosos participantes da intervenção na unidade. O segundo mês fechamos com 17 novos cadastros, totalizando 71 usuários, ou 12,95% de cobertura. No mês 3 somamos 9 novos cadastros, num total de 80 idosos em acompanhamento odontológico de rotina, uma cobertura de 14,60%.

A cobertura cresceu, ainda que lentamente, o que se justifica por se tratar de atendimento e acompanhamento odontológico, que requer, na maior parte das vezes, mais de uma consulta para a vaga ser disponibilizada novamente. Ainda assim, provavelmente isso tenha ocorrido devido a divulgação através da radio local da cidade sobre a intervenção que estava sendo aplicada no Distrito. Outro fator relevante foram as reuniões feitas nas comunidades com a equipe de saúde onde foi feito de forma formal o convite para que os idosos buscassem atendimento na sua unidade de origem e dessa forma fizessem parte da intervenção.

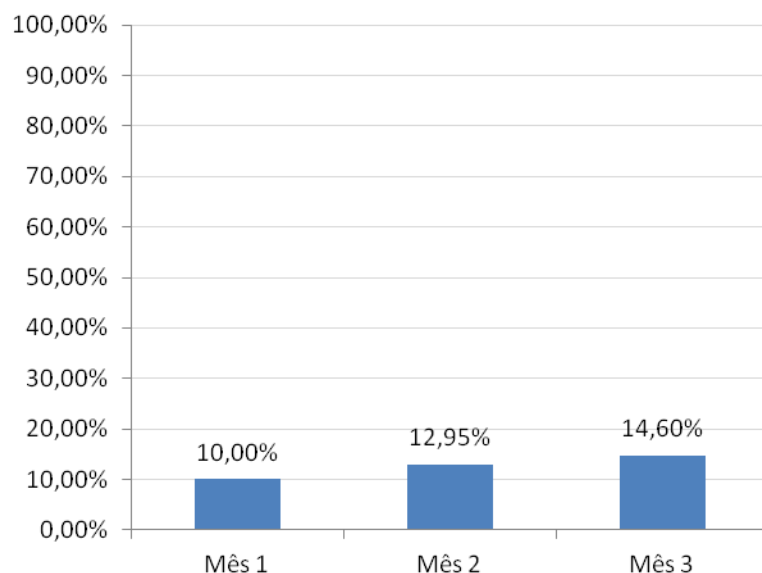


Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura do acompanhamento odontológico de Idosos nas unidades de atendimento do 4º Distrito de Canguçu – RS, de Agosto a Novembro de 2014.

Meta 1.2 Realizar ações coletivas para 30% dos idosos

As ações coletivas foram realizadas na forma de reuniões de grupo, sempre na primeira semana do mês. Além das reuniões de grupo, os momentos oportunos na sala de espera das unidades foram aproveitados para orientar os idosos nos aspectos a saúde bucal e sistêmica, com a participação da médica e do restante da equipe atuando em sintonia. No primeiro mês do grupo de ação coletiva participaram 15 idosos, além das outras pessoas que residem na comunidade e que tinham menos de 60 anos, o que corresponde a 2,73% da população acima de 60 anos. No segundo mês esse número cresceu para 31 idosos, sendo 5,65%. Já no terceiro mês esse número foi de 35 idosos que compareceram as ações coletivas, correspondendo a um total de 6,38% da população idosa cadastrada a intervenção. O resultado positivo nas ações coletivas deu-se devido ao empenho da equipe em trazer assuntos pertinentes a população idosa durante as reuniões, atraindo-os cada vez mais a participarem e também pelo fato dos próprios idosos se sentirem mais a vontade e em interagirem com os demais moradores da comunidade que estão na mesma faixa etária.

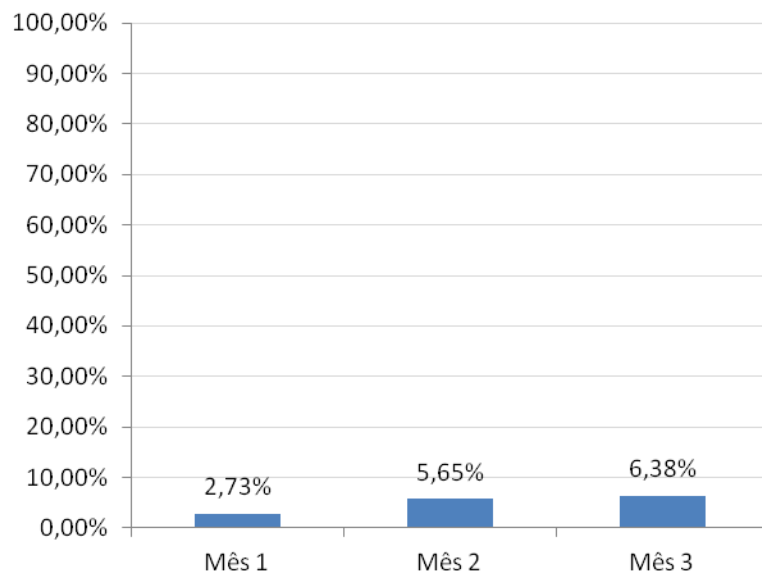


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de idosos participantes das atividades coletivas de educação em saúde nas unidades de atendimento no 4º Distrito de Canguçu, RS, agosto a novembro de 2014.

Relativas ao objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção

Meta 2.1. Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos.

Indicador 2.1 Proporção de idosos com necessidade de tratamento.

100% dos idosos cadastrados passaram pela primeira consulta odontológica programática, onde se avalia a necessidade de tratamento odontológico e elabora-se um plano de tratamento individual, adequado a suas necessidades. Essa avaliação mostrou que 80% deles necessitavam de alguma intervenção odontológica, ou seja, dos 80 idosos avaliados 64 necessitavam de tratamento odontológico.

Meta 2.2 Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

Indicador 2.2. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído

Para cada idoso atendido em sua unidade básica correspondente foi elaborado um plano de tratamento individual de acordo com suas necessidades. Ao decorrer das semanas, conforme colocado em prática obteve-se a conclusão de alguns tratamentos mês a mês. No primeiro mês conseguimos concluir 27,93% dos casos que possuíam plano de tratamento. Esse número no segundo mês aumentou para 6

7,96% e finalizamos a intervenção com 77,21% de tratamentos concluídos, isso corresponde a quase 50 dos 80 idosos avaliados, o que nos leva a uma boa abrangência da população idosa atendida que teve tratamento concluído, conforme suas necessidades. Embora estes casos tenham sido considerados concluídos, foi explicado a casa usuário a necessidade de consultas odontológicas e médicas periódicas para avaliação da saúde.

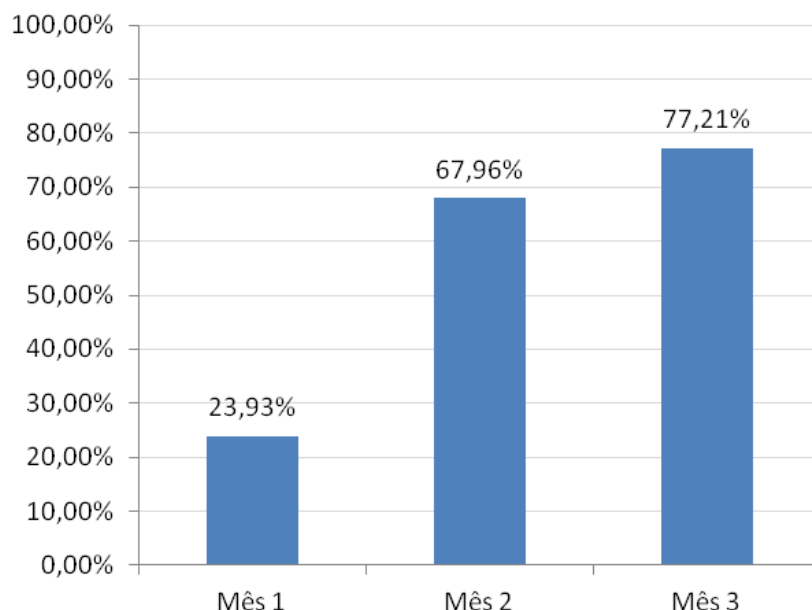


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de idosos que tiveram tratamento odontológico concluído de Agosto a Novembro de 2014 no 4º Distrito de Canguçu- RS.

Meta 2.3 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.3. Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Todos os 80 idosos (100%) atendidos durante a intervenção tiveram avaliação da mucosa bucal em todas as consultas. Os casos com alguma alteração que necessitasse de biópsia foram encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas da cidade e se totalizaram no número de 5 casos, conforme foram registrados em prontuários e estão sob acompanhamento na unidade.

Meta 2.4 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

100% dos casos de idosos acamados ou com dificuldades de locomoção que foram informados à equipe de saúde do 4º Distrito receberam visita domiciliar. Como no primeiro mês não foi informado nenhum caso, não foi realizada nenhuma visita, e essas foram iniciadas a partir do mês 2. Ao todo tivemos 4 casos de idosos acamados ou com problemas de locomoção e tal número é considerado baixo em relação ao número estimado de idosos que é de 548. Provavelmente isso tenha ocorrido devido ao fato de a área não contar com Agente Comunitário de Saúde, pois todos os casos informados nas unidades foram pelos demais usuários do sistema de saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde do município. Acreditamos que esse número esteja subestimado, e esperamos identificar todos os casos com o recadastramento da população. As visitas domiciliares foram contabilizadas juntamente com o número total de idosos avaliados na intervenção.

Meta 2.5 Avaliar o uso de prótese dentária em 100% dos idosos

Indicador 2.5. Proporção de idosos que fazem uso de prótese dentária.

Meta 2.6 Avaliar a presença de candidíase bucal em 100% dos idosos

Indicador 2.6. Proporção de idosos com candidíase bucal clinicamente evidenciada.

Meta 2.7 Avaliar a necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

Indicador 2.7. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Todos os idosos atendidos no período foram avaliados em relação ao uso de próteses, à candidíase clinicamente evidenciada e à necessidade de prótese. Os casos de pacientes edêntulos totais com controle de higiene bucal e rebordo alveolar regular foram encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas do Município para confecção de próteses totais, se necessárias. Os casos daqueles que necessitavam de algum tratamento anterior à confecção da prótese, tiveram, primeir

amente, seu tratamento feito na unidade básica de saúde e por fim encaminhado a o serviço de prótese total do CEO. Os casos de candidíase, comum nessa faixa etária e em casos de próteses antigas, também foram clinicamente tratados e receberam orientações em relação aos cuidados posteriores. Dos 80 idosos que participaram da intervenção foram registrados 4 casos de edentulismo total, 2 casos que não utilizavam e não necessitavam de uso de prótese e o restante dos avaliados que correspondiam a 72 idosos utilizavam algum tipo de prótese dentária, sendo na grande maioria prótese total. Todos os casos que necessitavam de prótese ou confecção de uma nova, foram encaminhados ao Centro de especialidades Odontológicas. Dos 80 idosos avaliados para candidíase bucal, pode-se observar que 17 casos estavam necessitavam de tratamento para o fungo e dentre estes 14 eram mulheres.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

No primeiro mês conseguiu-se realizar a busca ativa em 100% dos faltosos, dos 11 usuários que faltaram todos foram buscados. As buscas se deram por meio de telefonemas, avisos a familiares, vizinho ou por visita da própria equipe nos casos em que o domicílio do paciente ficava no caminho percorrido pela equipe até a chegada a unidade. No segundo mês, dos 6 idosos faltosos, 4 foram buscados, chegando a um percentual de 66,66%, e no terceiro mês da intervenção, dos 2 faltosos, apenas 1 foi buscado, ou seja, 50%. Aqueles que não receberam a busca ativa deveu-se à equipe não conseguir entrar em contato com o usuário. Como a região não conta com ACS, a equipe teve dificuldades em conseguir realizar todas as buscas.

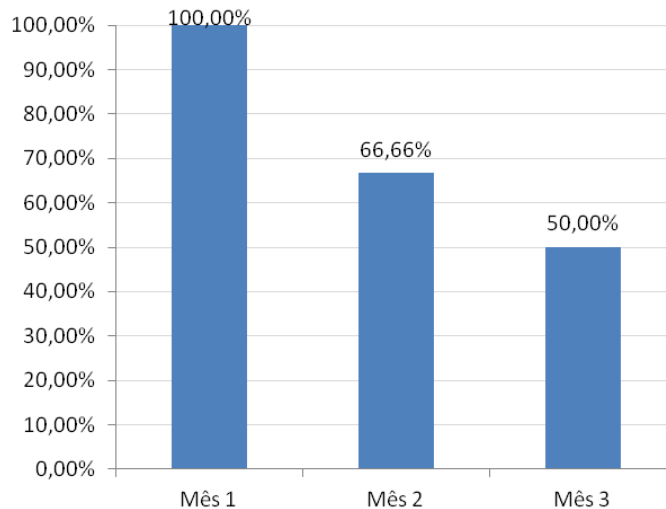


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada aos idosos que necessitam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram às mesmas, de Agosto a Novembro de 2014, nas unidades de atendimento do 4º Distrito de Canguçu- RS.

Meta 3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Indicador 3.2 Proporção de idosos faltosos às consultas subsequentes que receberam busca ativa.

As buscas realizadas aos idosos que faltaram as consultas subsequentes se deram da mesma forma que as buscas para as consultas programáticas, no entanto tivemos um melhor resultado, alcançando 94,41% no primeiro mês, no segundo mês 60,00% e no terceiro mês 100% dos casos foram buscados.

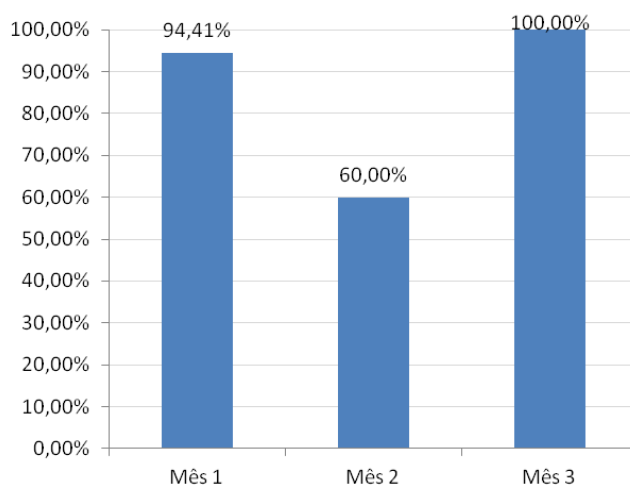


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa de Agosto a Novembro de 2014, nas unidades de atendimento do 4º Distrito de Canguçu- RS.

Relativas ao objetivo 4: melhorar os registros das ações

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro adequado.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Todos os idosos com primeira consulta odontológica programática tiveram seus registros atualizados em prontuários, tanto os registros odontológicos quanto médicos. As cadernetas de saúde da pessoa idosa foram entregues a 100% desses mesmos idosos, como estava no previsto.

Relativas ao objetivo 5: mapear a população de risco

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.

Também 100% dos idosos tiveram a avaliação de risco para câncer e outras alterações bucais. Durante a anamnese e exame clínico o paciente foi avaliado em relação a estes aspectos, recebendo explicações e orientações de forma individual e que também foram abordadas em reuniões coletivas.

Relativas ao objetivo 6: realizar promoção de saúde

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.3 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Meta 6.4 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.4. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Os aspectos como: orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis ; orientação para a prática regular de atividade física; orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas e orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene e de próteses dentárias foram abordados de forma individual durante as consultas e principalmente enfatizada nas reuniões coletivas de grupo, onde pode-se fazer exposição de vídeos que abordaram de forma sucinta cada aspecto orientado. Foram feitas também demonstrações em manequins de como realizar higiene bucal e da prótese dentária. Cada reunião coletiva de grupo teve um tema de abordagem para que os idosos pudessem compreender cada aspecto e tirar suas dúvidas relacionadas as orientações.

4.2 Discussão

A realização da intervenção nas unidades básicas de atendimento do 4º Distrito proporcionou aumento na cobertura de atenção à saúde do idoso, principalmente e atenção odontológica, e melhoria do vínculo com a equipe que era bem menor.

Antes da intervenção nas unidades, os idosos procuravam atendimento médico com uma frequência maior do que odontológico, uma vez que pensavam que o fato de muitos não possuírem mais dentes naturais pudesse os abster-se das consultas com o dentista. Após a implantação da intervenção e o entendimento por parte dos idosos sobre a importância da saúde bucal, o número de consultas odontológicas para esta faixa etária começou a aumentar. O que ajudou muito a aumentar estes números foi a cooperação de toda a equipe em buscar esses idosos através de conversas na sala de espera e também a orientá-los a fazer sua primeira consulta odontológica nos dias em que procuravam a unidade básica para atendimento médico.

Para a equipe a intervenção melhorou a relação entre os profissionais principalmente no que se diz respeito à união. Como a equipe de saúde do 4º Distrito é bem pequena, percebeu-se que só com a equipe unida e engajada conseguiríamos melhorar nossa prestação de serviços à população atendida. A partir da capacitação profissional com os protocolos do Ministério da Saúde os profissionais da equipe começaram a se interar dos assuntos que deveríamos abordar para poder oferecer melhor acesso e qualidade dos serviços não somente aos idosos, mas a toda população ali atendida. Os atendimentos começaram a ser mais organizados, a própria população após entender os objetivos da intervenção começou a cooperar. Conseguimos melhorar a atualização de registros, distribuir as cadernetas de saúde do idoso que facilitou muito na hora da retirada dos remédios e também durante as consultas.

Todos os usuários, mesmo aquele que já tivesse consultado na sua unidade de abrangência, teve seus registros atualizados e colocados em novo arquivo, pois como a área não conta com agente comunitário de saúde e há um bom tempo estavam sem atendimento, os prontuários que haviam nas unidades estavam mal cuidados, mofados, rasgados e outros prontuários de pacientes que haviam falecido há

muitos anos. Devido a isso então, deu-se início a renovação de cadastro de todos os pacientes que buscaram atendimento na sua unidade de cobertura, fosse ele idoso ou não. Esse processo de atualização de cadastros foi um ponto positivo que a intervenção trouxe as unidades básicas de atendimento do 4º Distrito. Lembrando que os cadastros anteriores ficaram em arquivo separado e não foram descartados. Todo idoso que ainda não possuía carteira de saúde do idoso recebeu a sua durante as consultas, com orientação para que a mantivesse sempre consigo. Foram feitas também as fichas espelho de forma que estejam mantidas sempre atualizadas.

Ao final de todas as semanas as fichas eram revisadas para que pudessem identificar os faltosos para realizar a busca ativa que foram feitas por telefone, a visitas a conhecidos ou com o próprio carro da equipe quando era viável. Outro ponto importante foi a implantação do agendamento de consultas que antes não existia nas unidades. Como nosso trabalho não é em ESF e nem restrito a apenas uma unidade básica de saúde e sim a cinco, não era realizado o agendamento de consultas, pois a maioria dos agendados faltava. Com a realização do projeto de intervenção a equipe entrou em acordo em fazer agendamentos de consultas para idosos, para poder facilitar o acesso a estes. Na rotina das unidades mantemos a partir de então 3 fichas médicas exclusivas para idosos e duas odontológicas. No caso de pacientes que irão dar continuidade a execução do seu plano de tratamento odontológico os mesmos eram agendados quando necessário para o turno da tarde da semana subsequente. Esta conduta favoreceu muito para a conclusão do tratamento odontológico da maioria dos idosos, devido ao maior acesso.

A intervenção teve grande importância para a mudança de hábitos dos idosos em relação a sua saúde. Eles puderam entender que para manter sua saúde geral em boas condições, devem também ter maior cuidado com sua saúde bucal e também manter hábitos mais saudáveis. Pudemos fazer um ótimo trabalho com toda a comunidade também nas reuniões de grupo, onde além dos idosos grande parte da população comparecia, fosse para acompanhar os mesmos ou porque queria assistir as palestras, o que foi muito importante, pois dessa forma aproximou ainda mais a equipe da comunidade.

Percebe-se ao final da intervenção, o quão benéfica foi a implantação de novos hábitos na rotina das unidades básicas de saúde trabalhadas, oferecendo mais acesso a população idosa que aparentemente deixava de buscar atendimento por não se sentir acolhida ou também por não achar necessário e essa mudança pode ser vista principalmente na área odontológica. As melhorias construídas através do projeto de intervenção tiveram tanta repercussão que tive o privilégio de ser indicada pelo setor de saúde do município a representar a Secretaria Municipal da Saúde no Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, fundada aqui no Município de Cangucu no mês de Agosto deste ano, o que me deixou muito orgulhosa por fazer parte de um trabalho tão importante.

4.3 Relatório de intervenção para os gestores

Prezada Secretária Municipal de Saúde

De Agosto a Novembro de 2014 tivemos a oportunidade de realizar uma intervenção que visava melhorias na Atenção á Saúde do Idoso nas unidades de atendimento do 4º Distrito de Canguçu. Para isso, trabalhamos com ações desenvolvidas em 4 eixos: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Estas ações concluíram:

- Cadastro e atendimento preferencial a todos os idosos
- Realização de atividades coletivas educativas abertas á população em geral e de grupos de idosos para orientação sobre saúde, nutrição, hábitos saudáveis, pratica de atividades físicas, malefícios que os vícios oferecem e orientação sobre saúde bucal como: higiene bucal e da prótese, importância do idoso em estar com sua saúde bucal em dia e prevenção de doenças.
- Capacitação da equipe e reorganização do serviço das unidades para atender integralmente os idosos. Com base em protocolos do Ministério da Saúde.
- Visitas domiciliares da equipe aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

As ações foram implantadas sem prejuízo do funcionamento normal das unidades, tornando-se parte da rotina na prestação dos serviços e qualificando a atenção a este público alvo. Anteriormente á intervenção, apesar do grande número de idosos residentes na área, perdíamos o vinculo com os mesmos por falta de informação e orientação sobre a saúde bucal na terceira idade. Porém, hoje, contamos com o atendimento integral desta população em todos os dias de atendimento, onde o idoso tem preferência, oferecendo-lhe acompanhamento o mais próximo da sua residência, em sua unidade de cobertura. A intervenção teve como base os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde e seus protocolos, e as ações desenvolvidas contribuíram para um melhor desempenho do serviço.

Durante os três meses de intervenção, conseguimos obter bons resultados. Com a ajuda da equipe e também da Secretaria de Saúde que nos apoiou durante a intervenção, disponibilizando os avisos na rádio local da cidade e também os materiais necessários para a realização dos exames. Também encontramos algumas a

diversidades para a realização da intervenção e uma delas foi a falta de Agentes Comunitários de Saúde que com certeza teria feito grande diferença nos resultados, uma vez que poderíamos contar com o cadastramento de toda a população idosa da área, inclusive daqueles que não foram buscar atendimento nas unidades.

De maneira geral, todos os indicadores relacionados a Atenção à Saúde do Idoso foram importantes. Foram avaliados 80 idosos, que passaram por anamnese, exame clínico, atualização de dados cadastrais, receberam plano de tratamento individual, Caderneta de Saúde do Idoso e orientações. Pode-se concluir 77,21% dos casos que necessitavam de tratamento, também foi detectado 5 casos de alteração da mucosa, os quais foram encaminhados para o CEO. Foram diagnosticados e tratados 17 casos de candidíase bucal nas próprias unidades de atendimento e dos 80 idosos que participaram da intervenção foram registrados 4 casos de edentulismo total, 2 casos que não utilizavam e não necessitavam de uso de prótese e o restante dos avaliados que correspondiam a 72 idosos utilizavam algum tipo de prótese e dentária, sendo na grande maioria prótese total. Aqueles que necessitavam de nova prótese foram encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas do município. Com isto, conseguimos melhorar a atenção aos idosos e orientá-los a como cuidar de sua saúde tanto sistêmica quanto bucal e da importância de estar sempre em acompanhamento com cirurgião-dentista independente da quantidade de elementos dentários presentes na cavidade bucal e sua faixa etária.

Esta intervenção foi implantada nas unidades de atendimento do 4º Distrito e está sendo continuada pela equipe como protocolo nos atendimentos, oferecendo a população maior atenção e cuidado com os idosos e isto reflete em toda a população. Contamos com o apoio da Gestão Municipal para que possamos continuar realizando este trabalho que tem trazido tantos benefícios a população idosa do 4º Distrito.

Equipe de Saúde – 4º Distrito

4.4 Relatório de intervenção para a comunidade

Prezada comunidade do Quarto Distrito

De Agosto a Novembro de 2014 nossa equipe realizou um projeto que buscava melhorias nos atendimentos aos idosos residentes na área, e algumas das atividades realizadas foram:

- 1- Capacitação da equipe e reorganização do serviço das unidades

para atender integralmente os idosos.

2- Cadastro e atendimento preferencial a todos os idosos

3- Realização de atividades coletivas educativas abertas à população em geral e de grupos de idosos para orientação sobre saúde, nutrição, hábitos saudáveis, prática de atividades físicas, malefícios que os vícios oferecem e orientação sobre saúde bucal como: higiene bucal e da prótese, importância do idoso em estar com sua saúde bucal em dia e prevenção de doenças.

4- Visitas domiciliares da equipe aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Estas atividades continuam sendo realizadas pelo serviço, pois percebemos que conseguimos melhorar o atendimento e as informações sobre os cuidados com a saúde geral e, principalmente em relação a saúde bucal dos idosos que estava um tanto quanto esquecida. Os idosos podem contar com atendimento prioritário perto de sua casa, na unidade de saúde mais próxima, facilitando assim o acesso para manter o acompanhamento adequado.

Durante a aplicação do trabalho foram cadastrados 80 idosos de toda a região pertencente ao 4º Distrito, com realização de coleta de dados, atualização cadastral, exame bucal e também planejamento para dar continuidade no atendimento de cada idoso, identificando as necessidades individuais e coletivas dos mesmos. Também foi distribuído a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, qual deve ser levada sempre consigo aos atendimentos, pois além de constar as informações sobre a saúde do Idosos, serve como documento de identificação.

Uma das ações desenvolvidas e fundamentais foram as atividades educativas para esclarecimentos de dúvidas a respeito da Saúde do Idoso. Buscamos trazer conhecimento à comunidade através de conversas na sala de espera e também em reuniões de grupo. Foram feitas orientações sobre os cuidados necessários com a saúde sistêmica e bucal, inclusive nos idosos que já não possuem mais dentes naturais e que são portadores de prótese. Foram passadas informações sobre os benefícios de seu acompanhamento, realizando os encaminhamentos necessários para o serviço de especialidades, reforçando a ideia de que é uma forma de prevenção

o de problemas que podem ser evitados, além dos tratamentos oferecidos aos problemas já instalados.

A equipe informa á toda a comunidade do 4º Distrito que o atendimento prioritário aos idosos está implantado no serviço das unidades básicas de saúde locais e como foi observado durante a intervenção só trouxe benefícios á população geral e que não afeta o serviço de atendimento. Continuarão as reuniões de grupo dos idosos juntamente com os grupos do HIPERDIA e cuidados com a saúde, abertos aos membros da comunidade que quiserem melhorar a sua qualidade de vida.

Tanto nas nossas rodas de conversas, quanto nas atividades de grupos, todos são sempre bem vindos, e queremos que a participação aumente cada vez mais

Contamos com o apoio de todos, na participação junto ao nosso serviço, participando dos grupos, falando sobre suas necessidades e nos ajudando a melhorar o atendimento prestado a toda a população.

Equipe de Saúde – 4º Distrito

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o desenvolvimento das atividades realizadas no interior do município de Canguçu pude perceber a carência que as unidades básicas de saúde apresentavam. As dificuldades me faziam pensar em como conseguiria alcançar melhorias e graças as orientações recebidas do curso pude ter melhor visão de como proceder para buscá-las.

Ao iniciar a intervenção tive altos e baixos, no início estava otimista achando que mesmo com dificuldades tudo iria dar certo, mas ao decorrer do trabalho tive algumas frustrações e então pensava que tudo iria ser um fracasso. O que me motivou a continuar e tentar mudar o que não estava dando certo foi as orientações recebidas através dos diálogos com minha orientadora e também pela persistência da minha equipe. Pude observar que as pessoas não acham comum que o cirurgião-dentista desenvolva trabalhos na unidade que não estejam relacionados a atenção às crianças e escolares e por isso no início foi um tanto quanto difícil explicar como se daria o processo de trabalho e qual era o público alvo para a intervenção. Então, com muito esforço da equipe em reuniões com a comunidade e as informações passadas, conseguimos implantar nas unidades de atendimento a atenção à saúde da pessoa idosa. Falo em unidades de atendimento porque minha equipe trabalha de forma itinerante, sendo que cada dia da semana atuamos em uma micro-região diferente. Antes da intervenção, não havia uma maior atenção a saúde do idoso, assim como não havia atenção à gestante nem as crianças, ou seja, era apenas feito o trabalho de atendimento à população na atenção básica mas sem nenhum tipo de estratégia.

Com o início do trabalho e a implantação da proposta da intervenção nas unidades, a população se mostrou contente e disposta a colaborar para que novas propostas de trabalho fossem implantadas, o que nos motivou a fazer outros trabalhos para trazer melhorias a atenção básica. A intervenção com os idosos teve muita repercussão devido ao contentamento dos mesmos, que receberam maior atenção e cuidados. Por isso fui indicada pela secretária de saúde do município a fazer parte do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, trabalho que tem me deixado muit

o satisfeita e orgulhosa, e que reflete como um reconhecimento do nosso empenho em relação às mudanças implantadas.

Quanto à especialização, posso falar do grande aprendizado que se adquire. A troca de experiências entre os alunos e também com o orientador, os fóruns de clínica que dão um bom suporte quando temos nossas dúvidas. Posso dizer que quem entra para o curso, aprende a ter um grande carinho e respeito pela especialidade. Quando surgiu a oportunidade eu não pensei duas vezes, pois desde a graduação já tinha apreciação pela área e tive a felicidade de trabalhar com pessoas maravilhosas onde tive uma excelente troca de conhecimentos. Pude aprimorar minha visão sobre o sistema único de saúde o que me deu grande retorno, pois me ajudou na realização da prova para residência em área multiprofissional da saúde pela Universidade Federal de Pelotas, onde tirei o primeiro lugar na área Odontológica.

Este trabalho não só proporcionou uma excelente experiência profissional mas principalmente pessoal, pois além de aprofundar meus conhecimentos pude aprender a como ser mais humana e útil na vida de outras pessoas. Aprendi sobre a importância de um simples gesto realizado a uma pessoa que está necessitando naquele momento e o quanto isso pode repercutir na sua vida.

6 Bibliografia básica

Alvimar Lima de Castro; Takeo Adhemar Furusi; Elerson Gaetti Jardim Júnior; Eni Vaz Franco Lima de Castro; Paulo de Tarso Coelho jardim; Mariane Lima de Castro Paro. Estomatite induzida pelo mau uso de prótese total: caso clínico. Rev Odontol de Araçatuba vol.27, n.2, p.87-90, Jul/Dez. 2006

Anna Paula Serêjo da Costa; Flávia Christiane de Azevedo Machado; Anna Leprínci a Bezerra Pontes Pereira; Adriana da Fonte Porto Carreiro; Maria Ângela Fernandes Ferreira. Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. Ciênc. Saúde Coletiva vol. 18 n.2 Rio de Janeiro Feb 2013

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins; Sandhi Maria Barreto; Isabela Almeida Pordeus. Fatores relacionados á autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. Rev. Saúde Pública vol.42 n.3 São Paulo Jun. 2008

Barbosa DB; Barão VAR; Assunção WG; Gennari Filho H, Goiato MC. Complete denture insertion: a review. Rev Odontol UNESP. 2006; 35(1): 53-60

Catão CDS; Ramos INC; Silva Neto JM, Duarte SMO; Batista AUD; Dias AHM. Chemical substance efficiency in the biofilm removing in complete denture. Rev Odontol UNESP. 2007; 36(1):53-60

Delise Pellizzaro; Gregory Polyzois; Ana Lucia Machado; Eunice Teresinha Giampolo; Paula Volpato Sanitá; Carlos Eduardo Vergani. Effectiveness of mechanical brushing with different denture cleansing agents in reducing in vitro Candida albicans biofilm viability. Braz. Dent. J. vol.23 n.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2012

Flávia Christiane de Azevedo Machado; Anna Paula Serêjo da Costa; Anna Leprínci a Bezerra Pontes; Kenio Costa Lima; Maria Ângela Fernandes Ferreira. Dificuldades diárias associadas á próteses totais. Ciênc. Saúde coletiva vol.18 n.10 Rio de Janeiro Oct 2013

Gardênia Matos Paraguassú; Poliana Andrade Pimentel; Aline Rodi Santos; Clarissa Araújo Silva Gurgel; Viviane Almeida Sarmento. Prevalencia de lesiones bucales asociad

as AL uso de próteses dentales removibles, em um servicio de estomatologia. Revista Cubana de Estomatologia, 48(3): 268-276, 2011

Iangla Araújo de Melo; Layane Lenardon; Luana Rakábia Reis Alves; Ricardo Consigliero Guerra; José Ferreira de Menezes Filho. Avaliação da incidência de cândida spp. associadas ao uso de prótese parcial ou total e perfil dos pacientes atendidos pela Clínica Odontológica de uma Faculdade em Araguaina- TO. Rev Cient. do ITPAC, Araguaina v.6 n.2, p. 5, Abril 2013

Juliana Maria Costa Nunes; Luciana Valadares Oliveira; Andréa Fabiana de Lira; Marcelo Ferraz Mesquita; Guilherme Elias Pessanha Henriques; Rafael Leonardo Xedick Conzani. Efeito de agentes químicos de limpeza de próteses sobre as características superficiais de materiais reembasadores resilientes. Rev. Ciênc. Odontol Bras 2008 abr./jun.; 11(2):71-77

Luiz Felipe Fernandes Gonçalves; Domício Rosendo da Silva Neto; Roberta Ferreti Bonam; Hugo Lemes Carlo; André Ulisses Dantas Batista. Higienização de próteses totais e parciais removíveis. Rev Bras. Ciênc. Saúde, vol.15, n.1, p.87-94, 2001

Lyan J.P.; Moreira L M.; Cardoso, M.A.G.; Saad J.; Resende M.A. Antifungal susceptibility profile of candida spp. Oral isolates obtained from denture wearers. Braz. J. Microbiol. Vol.39, n.4, São Paulo Dec. 2008

Mata de Henning, M.; Perrone, M. La prótesis odontológica em La ecología de candida albicans em la cavidad bucal. Acta Odontol. Venez v.39 n.3 Caracas dic. 2001

Marilisa Berti de Azevedo Barros; Priscilla Maria Stolses Bergamo FrCancisco; Margaret Guimarães Lima; Chester Luiz Galvão César. Social inequalities in health among the elderly. Cad. Saúde Pública, vol.27 suppl.2 Rio de Janeiro, 2011

Michelle Scalercio; Tatiane Valente; Mônica Simões Israel; Maria Eliza Ramos. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. RGO, Porto Alegre, v55 n.4, p.395-398, Out/Dez 2007

Raphaela Juvenal da Silva; Zélia de Albuquerque Seixas. Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis. INT J Dent, Recife, 7(2):125-132, abr./jun.,2008 <http://www.ufpe.br/ijd>

Raquel Conceição Ferreira; Cláudia Selomi de Magalhães; Enia Salles Rocha; Carolina Wolf Schwambach; Allyson Nogueira Moreira. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.25 n.11 rio de Janeiro Nov. 2009

Rachel Reinaldo Arnald; Maria Sueli Marques Soares; Manuela Gouvêa Campêlo dos Santos; Ronaldo Campêlo dos Santos. Estomatite protética: Prevalência e Correlação com Idade e Gênero. Ver. Bras. Ciênc. e Saúde vol.16 n.1 p 59-62 Paraíba 2012

Soluete Oliveira da Silva; Micheline Sandini Trentim; Maria Salete Sandini Linden; João Paulo de Carli; Nicolau Silveira Neto; Luciele Raquel Luft. Saúde Bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo- RS. RGO; Porto Alegre, v.56 n.3p. 303-308, Jul/Set 2008

ANEXOS:

ANEXO 1. . Ficha espelho



 Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

[illegible][illegible][illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS												
Data												
Glicemia de Jejum												
HGT												
Hemoglobina glicosilada												
Colesterol total												
HDL												
LDL												
Triglicerídeos												
Creatinina Sérica												
Potássio sérico												
Triglicerídeos												
EQU												
Infeção urinária												
Proteinúria												
Corpos cetônicos												
Sedimento												
Microalbuminúria												
Proteinúria de 24h												
TSH												
ECG												
Hematócrito												
Hemoglobina												
VCM												
CHCM												
Plaquetas												

Anexo 2. Ficha espelho que será utilizada para o acompanhamento individual durante a intervenção da saúde bucal do idoso.



SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Data de ingresso no programa ____/____/____ Número do prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Classificação de risco de cárie

Baixo risco		Risco moderado					Alto risco		
A: ausência de cavidade de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: história de dente restaurado, sem placa / gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: história de dente restaurado, com placa / gengivite	C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/gengivite	D: ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cavidades de cárie ativa	F: presença de dor e/ou abscesso
Data	Presença de placa	Presença de gengivite	Presença de mancha branca	História de tratamento	Cavidades inativas	Cavidades ativas	Dor ou abscesso	Código de risco	Classificação de risco de cárie

Classificação de risco de doença periodontal

Baixo risco		Risco moderado			Alto risco	
0: Sextante com periodonto sadio	X: Ausência de dentes no sextante	1: Sextante com gengivite	2: Sextante com cálculo supra gengival	B: Sequela de doença periodontal anterior	6: Elemento com cálculo subgengival e com mobilidade reversível ou sem mobilidade	8: Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

Data	Sextante 1 (dentes 14)	Sextante 2 (dentes 11)	Sextante 3 (dentes 26)	Sextante 4 (dentes 34)	Sextante 5 (dentes 31)	Sextante 6 (dentes 46)	Pior condição	Classificação de risco doença periodontal

Anexo 3: aprovação do comitê de ética em pesquisa.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Irmã Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: <i>Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	